النفس

انفعالاتها وأمراضها وعلاجها

تأليف

الدكتور علي كمال

النفس

انفعالاتها وامراضها وعلاجها

تأليف

الدكتور علي كمال

بغداد

١٩٦٧

الإهداء

إلى الذي جعل هذا الكتاب ممكناً

الطبعة الأولى

تشرين الثاني سنة ١٩٦٧

« ولكن كيف أستطيع أن أفسّر ،
كيف أستطيع أن أفسّر لكم ؟
ستفهمون الأقل بعد تفسيرها .
وكل ما يمكن أن أرجو إفهامه لكم ،
هي الحوادث فقط ، وليس الذي حدث .
والناس الذين لم يحدث لهم شيء أبداً ،
لا يستطيعون فهم عدم أهمية الحوادث . »

للشاعر ت. س. اليوت

من " لقاء العائلة »

المحتويات

صفحة

٩ مقدمة

القسم الاول

٢٠ تمهيد

من هو المريض نفسيا ؟ من هو المريض عقليا ؟ ما هي الامراض النفسية ؟ مدى انتشار الامراض النفسية ، ازدياد الامراض النفسية ، اسباب الزيادة في الامراض النفسية ، الاسباب ، العلاج ، (لماذا ، متى ، وكيف) ؟ ، انواع الامراض النفسية واعراضها ، حدود العقل (الوعي ، اللاوعي ما وراء الوعي .) ، الكبت ، الصراع النفسي ، التجربة العقلية تجربة فردية ، انواع الشخصية وانحرافاتها (الانطوائية ، الانبساطية ، الشيزية ، الكئيبة ، المتقلبة ، القلقة ، التسلطية الالزامية ، الشكاكة ، السايكوباثية ، الهستيرية ، المعرضة .)

٩٣ النظريات والمدارس في اسباب الامراض النفسية :

نظرية العوامل الوراثيــة والمحيطية ، المدرسة التحليلية الوجودية ، مدارس التحليل النفسي (فرويد ، ادلر ، يونغ ،) ، مدرسة الفرد ماير السايكوبايولوجية ، المدرسة السلوكية ، مدرسة التطبـع الشرطي (بافلوف)، مدرسة الاتصال الاجتماعي، نظرية تعدد العوامل السببية .

القسم الثاني

الاضطرابات السّـلوكيّة

١٣٦ ١ ــ الاضطرابات السلوكية في الاطفال والاحداث

التبول الليلي ، اللعثمة في النطق، الهروب من البيت، الانحرافات الجنسية، تخلف العادات ، السلوك السايكوباثي ، الحركات الغير ارادية ،

١٤٥ ٢ ــ السلوك السايكوباثي

صفحة

١٤٥ ٣ – السلوك الجنسي وانحرافاته

ادوار النمو الجنسي ، اضطراب الدافع الجنسي ، الانحرافات الجنسية والشذوذ الجنسي : انحراف الهدف (السادية، الماسوقية، الاستعرائية، انحراف)،: في اختيار الشريك الجنسي (اختيار الطفل ، اختيار المسنين ، اختيار الحيوان ، اختيار الموتى، الفتشية ، الالباسية، الجنسية المثلية في الذكور ، الجنسية المثلية في الاناث، الاستمناء (العادة السرية).

١٧٣ ٤ – الادمان والتعوّد

الادمان على الكحول ، الادمان على العقاقير (المسكنات للألم ، المفرحات ، المنومات ، المهدئات ، المركبات المهلوسة)

الأمراض النفسيّة

١٨٥ القلق النفسي

٢٠٨ الافكار التسلطية الالزامية

٢٢٥ الفزع

٢٣٥ الهستيريا

٢٦٥ الكآبة النفسية

٢٩٧ النحول العصبي

٣٠٤ الوسواس (الوهم) المرضي

٣١٠ الانهيار العصبي

أمراض الجسم النفسيّة

٣١٧ مقدمة

٣٢٠ حدود الامراض النفسجسمية (النفسية في الجسم)

٣٢٤ تشخيص الامراض النفسجسمية » » »

٣٢٦ انواع االامراض النفسجسمية » » »

اضطراب : القلب والدورة الدموية ، الجهاز الهضمي ، الجهاز التنفسي ، الجهاز العضلي والعظمي ، الجهاز العصبي ، الجهاز التناسلي والبولي ، الجلد .

العِلاج النَفسي

٣٤٧ مقدمة

٣٤٨ العلاج النفسي قديما

٣٤٩ العلاج النفسي عند العرب

٣٥٢ العلاج النفسي الحديث

(أساليب العلاج النفسي ، اهداف العلاج النفسي ، خصائص المعالج النفسي ، خصائص المريض الصالح للعلاج النفسي ، فائدة العلاج النفسي).

٣٦١ طرق العلاج والتحليل النفسي :

(١) المعالجة التحليلية

(فرويد ، يونج ، أدلر ، ستكل ، فرنزي ، رانك ، هورني ، سلفان، التحليل الوجودي ، العلاج السايكوباثي ، العلاج الكلي ، علاج التطبع والتكييف ، علاج النهي المتبادل .)

(٢) العلاج بالايحاء والتنويم (٣) العلاج بالتنويم العقاقيري (٤) العلاج ب (ل.س.د.) ، (٥) علاج الاسترخاء (٦) علاج التكييف (٧) العلاج النفسي الجماعي (٨) العلاج العملي .

القسم الثالث

الأمراضُ العَقليّة

٣٧٧ مقدمة

مشكلة الامراض العقلية ، انتشار الامراض العقلية ، طبيعة الامراض العقلية ، تصنيف الامراض العقلية، الامراض العقلية العضوية، الامراض العقليةالوظيفية

٣٨٦ اعراض الامراض العقلية

(١) الاعراض السلوكية ، (٢) الاعراض المزاجية ، (٣) الاعراض العقلية

٣٩٧ مرض الشيزوفرينيا

٣٢٩ مرض البارانويا

٣٣٠ الامراض العقلية المزاجية

الكآبة

المانيا

صفحة

٤٤٣ علاج الامراض العقلية

الوسائل العلاجية القديمة ، الوسائل العلاجية الحديثة

العلاج النفسي

العلاج المادي

علاج الانسولين ، علاج الانسولين المعدل

علاج الصدمة

الجراحة النفسية

العلاج الكيماوي

المسكنات ، المنومات ، المهدئات ، المعقلات ، المنشطات والمفرحات ،

المهلوسات ، العلاجات الانتقالية

مقدمة

الامراض النفسية هي مجموعة متعددة المظاهر من الاضطرابات والانفعالات التي تحدث في كيان الشخصية وتخل بوظائفها . وتتشابه هذه الاضطرابات والانفعالات في انها لا تتسبب عن سبب عضوي معين في الجسم ، وانها تقترن غالبا باسباب وعوامل نفسية المنشأ ، وفي انها تعطي المريض فيها شعورا خاصا من عدم الارتياح . وفي الدرجات الشديدة من اضطراب الشخصية فقد يؤدي ذلك الى شعور المريض بتغير الواقع حوله ، مع ما يصاحب ذلك من اختلال في الفكر وفي السلوك ، وعندئذ يدخل المرض في حدود الامراض العقلية .

لقد عرفت الامراض النفسية والعقلية منذ اقدم العصور ، وتدل الآثار التأريخية على ان هذه الامراض قد وصفت وعولجت . وان اسبابا متعددة قد قدمت لتعليلها . ومع ان السحر وروح الشر ولعنة الآلهة كانت اكثر الاسباب تسلطا على تفكير القدامى في نفسير هذه الامراض ، الا ان هناك من ادرك في الماضي ، بان للعوامل النفسية والمادية اثرها الهام في احداث هذه الامراض . ولعل من اهم معالم التقدم الذي ادركه الانسان في العصر الذي نعيش فيه ، هو ان الامراض النفسية انتقلت من نطاق الحياة الخرافية والسحرية التي سادت عصورا طويلة ومؤلمة في التأريخ ، واستقرت في نطاق التفكير العلمي كجزء هام من المواضيع الطبية . واذا كانت ما زالت هنالك بقايا من سوء الفهم والخرافة والتحيز ، فهذا امر طبيعي بالنظر الى حداثة الامور النفسية بين العلوم، وبالنظر

الى ان اسباب هذه الامراض كعلاماتها غير واضحة او منظورة. لقد كان في دخول هذه الامراض الى نطاق الامراض الجسيمة الاخرى فائدة اخضاعها الى نفس اساليب الملاحظة والاستنتاج المستعملة في بقية الامراض. ولعل في تطبيق هذه الاساليب، الامكانية الوحيدة والمثلى لاكتشاف اسبابها وطرق علاجها، وللوصول بهـا الى مرتبة العلوم الاخرى. كما ان في هذا الدخول فائدة عظيمة اخرى، فبينما اتجهت فروع الطب على اختلافها الى نواحي دقيقة من التخصص الجزئي، افقدت الطب والمريض النظرة الكلية المتكاملة، الا ان الطب النفسي جاء بما يؤكد اهمية الفرد بكامله، وبضرورة التحري عن جميع العوامل الفعالة في احداث مرضه، مهما كان بعدها الزمني ومهما كانت طريقة فعلها. ولعل في هذا الاتجاه، الامـل الوحيد في الابقاء على الطب ضمن الحدود الفردية والانسانية.

لقد نعت هذا العصر الذي نعيش فيه بالعديد من الاسماء والاوصاف. واذا كان الكثيرون منا يختلفون في تبرير اسم او آخر، فان احدا لا يجادل في انـه عصر القلق ايضا. وقد يبدو في الظاهر ان الانسان في هذا العصر هو اكثر حظا من سابقه في تحقيق العوامل والظروف التي تضمن له التوازن النفسي في حياته وفي علائقه الاجتماعية. ذلك ان حريته الشخصية هي اوسع حدودا، وحاجاتـه المادية اكثر تحقيقا، وثقافته الفكرية اعظم عمقا وشمولا، بحيث تمكنه من ادراك نفسه، وتفهم المحيط حوله. ومع كل ذلك، فان القلق اكثر ورودا ووضوحا في حياته، وهو اكثر تمييزا للعلاقات بينه وبين غيره من الافراد في المجتمـع. وليس يكفي في تعليل هذا الواقع القول بان الانسان اكثر تعرضا للخطر في هذا العصر منه في اي وقت مضى، فقد مرت في تاريخ البشرية ظروف كثيرة مليئة بالشدة والخطر، ولم يصاحبها ما نشاهده في عصرنا هذا من شدة القلـق ومدى انتشاره. ولا بد لنا ان نجد في العوامل التي ذكرناهـا من اتساع الحرية ووفرة الامكانيات المادية وعمق الثقافة، اسبابا تجلب للانسان المعاصـر الشعور بالقلق وعدم الاطمئنان. ذلك ان الفرد، وقد ادرك هذه جميعها او بعضهـا، فهو في خشية دائمة من خسارتها. وهو يشعر في الوقت نفسه بان الابقاء عليها، لا يأتي

الا عن طريق جهده الفردي وتحفزه الدائم . ولهذا فهو في وحــدة وعزلة نفسية تفرض عليه من الارهاق والشدة اكثر مما يفرضه الحرمان في الجماعة بمـا فيه من عبودية وحاجة وجهل . واذا كانت بعض المجتمعات قد حاولت الجمع بـين تقدم الانسان وبين ضمان الطمأنينة في حياته ، فان مجتمعات اخرى وخاصة في البلدان المتأخرة والمتطورة حديثا لم تدرك شيئا كثيرا في هذا الامر ، وهي بذلك اكثر تعرضا لازدياد القلق وغيره من الامراض النفسية . وهذا هو مانلاحظه باستمرار في مجتمعنا . وسيمر وقت طويل قبل ان نستطيع الجمع بين مظــاهر التقدم وعوامل الطمأنينة في حياتنا .

* * *

لقد عانت الامراض النفسية الكثير من سوء الفهم ، مما اخر كثيرا في توجيه البحث فيها توجيها علميا صحيحا . وبالنسبة للكثيرين من النــاس ، حتى في الاوساط الطبية ، فان الامراض النفسية تعني وجود عقدة نفسية ، وان العقدة النفسية ذات اساس جنسي ، وان علاج المرض يتطلب التحليل النفسي . ثم ان هنالك من يرى في المرض النفسي ، كل حالة مرضية لا يتوفر فيهــا اي مرض جسمي . وخطأ هذه الاتجاهات في الرأي واضح لمن عني مدة من الزمن في دراسة وعلاج هذه الامراض . فالعقدة النفسية تعبير افتراضي قد يمكن اثباته بالفعل في بعض الحالات المرضية النفسية وليس في غالبيتها . ثم ان العامــل الجنسي على اهميته، ليس بالعـامل الوحيد ولا الاهم في كل حالة مرضية . والتحليل النفسي ، كوسيلة استقصائية وعلاجية ، ما هي الا احدى الوسائل المتبعة في العلاج، وربما كانت اقلها نفعا ، اذا اخذنا بعين الاعتبار طول الزمن الذي تتطلبه ، والتكليف المادي الذي تقتضيه. اما الرأي بان الامراض النفسية هي الامراض الغير جسمية، فهو رأي يذكرني بقول احد اساتذتي في التعليق عليه « .. وهو آخر ملجأ للخالي الوفاض عقليا .. » . ذلك ان بعض الامراض الجسيمة تتسبب عن عوامل نفسية وبالعكس ، وتشخيص الامراض النفسية يأتي بناء على توفر عوامل ومظــاهر خاصة في الحالة المرضية وليس عن طريق الحذف واستبعاد الامراض الجسمية .

ان اهتمام الناس في هذا العصر على اختلاف مستوياتهم الثقافية بالامور النفسية لا يوازيه اي اهتمام بمواضيع اخرى . والمظاهر الدالة على ذلك من مباشرة وغير مباشرة عديدة . فالكثير مما نشكو منه نرده الى عوامل نفسية ، واللغة التي نستعملها يوميا لا تخلو من بعض التعابير والمصطلحات النفسية ، ووسائل الاعلام والتثقيف على اختلافها ، تكاد لا تخلو جميعها من الوسائل النفسية والاهداف النفسية . والانتاج الفني ، من ادب وشعر ورواية وقصة ورسم ونحت وموسيقى ورقص وغناء ، يحمل في معظمه طابع هذا التأثير بدرجات متفاوتة ، ولايمكن تجريده مطلقا عن الحياة النفسية لخالقيه ، او عن آثاره في نفسية المتعرضين له . حتى في الامور السياسية والاقتصادية نجد بان للنظريات النفسية مكانها الهام في رسم وتوجيه الاتجاهات السياسية المختلفة . وهكذا يبدو وكأن « النفس » على غموض معناها ، قد تسلطت بقوة غامضة مثلها ، على جميع نواحي الحياة التي نحياها .

* * *

لا تتوفر حتى الآن احصائيات عالمية تبين مدى انتشار الامراض النفسية والعقلية في البلدان والمجتمعات المختلفة . غير ان المتوفر من هذه الاحصائيات يشير الى ان هذه الامراض تزيد في عددها على اي مرض او مجموعة من الامراض الاخرى . وتقدر بعض الدراسات ان نسبة الامراض النفسية في المجتمع تقع في حدود العشرة في المئة من مجموع السكان ، وان ما لا يقل عن خمسين في المئة من مجموع المرضى الذين يؤمون المستشفيات ، واكثر من هؤلاء ممن يعالجون خارجيا اما يشكون مباشرة من مرض نفسي ، او ترد شكواهم الجسمية مهما كان نوعها الى اسباب وعوامل نفسية المنشأ . اما الامراض العقلية فتفيد الاحصائيات العديدة في البلدان الغربية ، ان ما يقارب النصف من مجموع الاسرة في المستشفيات يشغلها مرض بالامراض العقلية وان واحدا بالالف على الاقل من مجموع السكان يدخلون مستشفيات الامراض العقلية لاول مرة في العام الواحد ، وان واحدا من كل ثلاثة عشر امرأة ، ومن كل ستة عشر رجلا ، لا بد ان يدخلا مستشفى الامراض العقلية فترة من الزمن في حياتهم . واذا ادركنا بان عدد المرضى الذين يعالجون بالفعل في المستشفيات او خارجها ، لا يمثل الا جزءاً من مجموع المرضى الذين يعانون

المرض ويتطلبون العلاج ، ادركنا بان ابعاد المشكلة المرضية للامراض النفسية والعقلية هي اوسع بكثير مما يبدو ظاهريا، وان هذه الابعاد في اتساع مستمر، مما يجعل منها المشكلة الصحية الاولى في المجتمع.. ذلك ان لهذه الامراض ماليس لغيرها من الاعتبارات الفردية والاجتماعية والانسانية والاقتصادية ، وهي في مجموعها ، تعتبر تعبيرا عن الخطأ في تفاعل الانسان مع ظروف العصر الذي يعيش فيه . ومع اهمية الامراض النفسية والعقلية، ومع الاهتمام الذي نوليه الى هذه المواضيع فان الكثير مما كتب في هذه المواضيع لا يتفق مع واقع هذه الامراض ولا يعكس الحقائق الطبية والعلمية المتوفرة عنها . واذا صدقت هذه الملاحظة فيما يكتب في اللغات الاخرى ، فهي اكثر صدقا فيما يكتب في اللغة العربية عنها ، وهو قليل . ومراجعة ما هو منشور فيها، يدل على ان معظم المؤلفين لايتمتعون بخبرة طبية اختصاصية في هذه الموضوعات ، وان اعتمادهم في البحث يستند الى الترجمة او الثقافة الاكاديمية في علم النفس او احدى فروعه ، بدون توفر على فحص وعلاج المرضى . ثم ان بعض الكتاب قد اتجهوا في ابحاثهم في خطوط نظريات ومدارس معينة ، مما لا يعطي هذه الابحاث صفة الاحاطة والشمول . وهي اهم صفات البحث في هذه المواضيع .

* * *

لعل من اهم الصعوبات التي اعاقت تقدم البحث في الامراض النفسية، وضللت من مفهومها الصحيح ، هي اللغة او اللغات التي تستعملها المدارس المختلفة في علم النفس في وصف وتحليل العمليات والانفعالات النفسية. ولما كانت معظم التعابير المستعملة تنقل صورا رمزية افتراضية لا يقابلها شيء محسوس او مادي الكيان، فقد بات من العسير على القارىء ادراك الحدود والمحتويات الكاملة لهذه التعابير. وقد وجدت فوضى الاصطلاحات النفسية طريقها الى اللغة العربية وما كتب فيها في مواضيع علم النفس والطب النفساني . وقد زاد في تعقيد الامر ، ان تراجم مختلفة ، ومحاولات تعريب متعددة ، قد تمت . ومع ان بعض المصطلحات المستعملة تفي بالغرض ، الا انها في مجموعها لم تصل بعد الى الحد الذي يمكنها منن

التعبير بسلاسة عن محتويات هذا الفرع الهام في الطب . وقد اضطررت بسبب ادراكي لهذا الواقع ، الى التخلي عن الكثير من المصطلحات التي يمكن الاستعانة عنها بدلالة وصفية اسهل . وقد ساعدني في هذا الاتجاه التفاعل اللفظي المستمر خلال سنوات طويلة من التدريس والتوفر على دراسة الحالات المرضية والتعابير التي يلجأ اليها المرضى للدلالة والافصاح عن شكواهم المرضية . وقد ادركت بالتجربة ، ما ادركه اصحاب المدرسة الوجودية في الطب النفسي ، ان اللغة الخاصة التي يستعملها المريض ، تفوق في اهميتها ودلالتها ، على اي مجموعة من المصطلحات الاكاديمية . ومع ذلك فلم يكن بد من ايراد العديد من التعابير النفسية التي كثيرا ما اقترنت باصولها الاجنبية ، وبالتفسير الكافي ، منعا للخطأ والالتباس .

* * *

لعل من الحكمة ان يتعرف القارىء الى المبادىء والقواعد الفكرية التي يعتقد بها المؤلف والتي اعتمدها في تأليف هذا الكتاب . وتعيين هذه المبادىء والقواعد منذ البداية ، سيساعد القارىء ، ليس في تتبع وتفهم المواد الواردة في هذا الكتاب فحسب ، بل انها ستعينه على الابتعاد عن المتاهات الفكرية التي كثيرا ما يضل فيها القارىء للكتب النفسية على اختلاف مواضيعها واتجاهاتها . وهذه المبادىء في جملتها ، تمثل الاتجاه العلمي المأخوذ به في معظم الأوساط الطبية . وفيما يلي اهمها :

(اولا) ان الامراض النفسية على اختلاف صورها ، ليست بالتجربة الجديدة او الطارئه على حياة الانسان . فجذور هذه التجربة موجودة في التكوين الطبيعي لكل انسان . ومعظم الناس تمر بهم بعض التجارب النفسية التي لا تختلف من حيث طبيعتها عن الاعراض التي ترد في الامراض النفسية . والفرق بين الفرد الطبيعي والفرد المريض نفسيا ، هو فرق درجة لا فرق نوع . وتدرج هذا الفرق ، يجعل من الصعب علينا تعيين حدود فاصلة وواضحة بين انفعالات الفرد في الحالات الطبيعية وانفعالاته في الحالات المرضية .

(ثانيا) ان الاستعداد للاصابة بالامراض النفسية يكاد يكون عاما. ويتفاوت هذا الاستعداد قوة بين فرد وآخر ، وفي الفرد نفسه بين فترة واخرى . ولهذا فان جميع الناس يتيسر انهيارهم نفسيا اذا ما اخضعوا الى القدر الكافي وللمدة الكافية من عوامل الارهاق والشدة في حياتهم .

(ثالثا) ان التجربة بشقيها النفسي والمادي ، هي تجربة شخصية ذات طابع خاص بالفرد ، ولا يمكن فصلها عن شخصية الفرد، كما تهيأت بالوراثة والتكوين والنمو ومجموعة التجارب الجسمية والعقلية التي مرت به . وعلى ذلك فانها تكتسب معنى وقوة خاصة فوق معناها وقوتها العامة . من اجل ذلك لا يمكن القياس المطلق بين تجربة واخرى ، وبين وقع تجربة في حياة فرد ووقعها في حياة فرد وآخر .

(رابعا) التجارب النفسية ، كالتجارب المادية المؤثرة في الجهاز العصبي ، يمكن لها احداث اضطرابات في كيان الشخصية من انحراف في السلوك ، او انفعال او مرض نفسي . ومع الفوارق الواضحة بين طبيعة التجربتين . فان هنالك التقاء بينهما في النتيجة. وهنالك ما يبرر الافتراض بأن التجربتين تلتقيان في نقطة ما من حيث الارتباط الفيزيولوجي العصبي . واذا ثبت ذلك فسيكون بالامكان سد الفراغ القائم بين التجربة النفسية والتجربة المادية ، وترجمة الواحد الى الآخر عبر التكوين العصبي للدماغ. والبحث في هذا الاتجاه هو من اهم ما يعنى به العلماء اليوم .

(خامسا) ان الاضطرابات والامراض النفسية المختلفة ، ليست بامراض محددة بالمعنى المرضي الصحيح ، وانما هي في صورها المختلفة ، اوجه مختلفة لانفعالات الشخصية . وقد ينفعل المريض على صورة او اخرى او اكثر من صورة، لا بتأثير السبب المباشر ، بقدر ما يأتي ذلك بسبب الاتجاهات المعينة في الشخصية . وعلى ذلك فان اهم ما في الامراض النفسية هو الانفعال من حيث هو انفعال لا من حيث صورته او صوره .

(سادسا) ومن النواحي السببية لهذه الأمراض ، فان الاتجاه العلمي المعاصر لا يقر من يأخذ بنظريه السبب الواحد مهما كانت الادلة على هذه النظريات ، من وراثة او عوامل نفسية او تربوية او مؤثرات مادية . ويرى معظم الباحثين في هذه الامراض ما رآه مودزلي Maudsley وكتبه عام ١٩٠٠ من ان « .. الانسان بكليته . هو شيء اعظم ... من ان تستطيع بيان حقيقته طريقة واحدة من البحث الدقيق ، سواء كانت هذه الطريقة كيماوية او فيزيائية او باثولوجية او مايكرسكوبية او نفسية جسمية » .

وكلما ادركنا هذه الحقيقة كلما سهل علينا استجلاء الاسباب المتعددة التي تساهم في تكوين الحالة المرضية الواحدة ، وكلما اعاننا ذلك على تقدير الاهمية النسبية لفعالية هذه الاسباب ، وبالتالي الى تلافيها بالوقاية او العلاج . اما التحمس والاصرار على طريقة واحدة ولنظرية واحدة دون غيرها فسيغلق الكثير من ابواب المعرفة أمامنا وسيحدد من امكانية فهم الانسان كوحدة متطورة ومتفاعلة مع نفسها ومع المحيط والمجتمع . وهذا الفهم لا يأتي الا عن طريق توسيع الافق السببي بحيث لا يغفل شيئا مهما بدى ظاهريا عديم الاهمية والاثر .

(سابعا) واخيرا فان علاج هذه الامراض ، بالرغم من وسائله المختلفة وخاصة الحديثة منها ، ما زال علاجا افتراضيا او تجريبيا او علاج مصادفة . ولعل العلاج النفسي الموجه الى العوامل النفسية هو العلاج الوحيد الذي يقوم على اساس سببي . وقد يمر زمن طويل قبل ان يتمكن العلم من ايجاد وسيلة علاجية مادية تفي بجميع المتطلبات العلاجية للامراض والانفعالات النفسية بكاملها . والى ان يأتي ذلك الزمن فسيظل علاج الامراض النفسية متمثلا بقول الطبيب العربي قبل مئات السنين ، من ان علاج المرض يعتمد على ثلاثة اطراف : المريض والدواء والطبيب . وان حظ المريض في الشفاء اعظم ، اذا ضمن الطرفين الآخرين الى جانبة . وهذه الحقيقة هي التي جعلت علاج الامراض النفسية في

الحاضر كما كانت في الماضي ، اقرب الى الفن منها الى العلم . ولعل هذه الحقيقة هي التي تجعل مريضا يستجيب الى دواء ومريضا قبله لا يستجيب لنفس الدواء . وان مريضا لا يستجيب لدواء يصرف من طبيب ويستجيب لدواء مثله يصرف من طبيب آخر وهكذا .

* * *

لقد بدأت هذا الكتاب بتمهيد يتضمن البحث في مواضيع عديدة . وقد وجدت في هذا التمهيد ضرورة لاعداد القارىء الى تتبع المواضيع الرئيسية التي تضمنها الكتاب ، وقد قسمت هذه المواضيع الى اربعة اقسام تبعا للطريقة التي يظهر فيها انفعال الشخصية في حالة المرض . وهذه الطرق اربعة : ١ - اضطرابات السلوك (شذوذ السلوك في الاطفال ، السلوك السايكوباثي في الكبار ، الشذوذ والانحراف الجنسي ، والادمان والتعود على الدواء) . ٢ - الاضطرابات العاطفية او ما يعرف بالامراض النفسية (القلق النفسي الفزع الافكار التسلطية الهستيريا الكآبة النفسية النحول العصبي والوهم المرضي . ٣ - الاضطرابات الجسمية (الامراض السايكوسومانية) التي تنجم عن تفاعل الحياة النفسية والجسمية للفرد . ٤ - الاضطرابات العقلية وان كانت هذه الامراض تختلف اختلافا جذرياً في طبيعتها عن الامراض النفسية ، الا ان كليهما يمثلان اختلالا في توازن الحياة النفسية وعملياتها في المصابين بهما . ثم ان هناك حدودا وحالات مشتركة بينهما ، بالاضافه الى استجابة كل من الفئتين الى العلاجات الواحدة في بعض الحالات . كل هذه الاعتبارات تجعل البحث في الواحد من هذه الامراض دون الآخر امرا ناقصا . وبالاضافة الى هذه المواضيع ، فان الكتاب يتضمن ثلاثة فصول . أحدهما يبحث في النظريات والمدارس المختلفة التي قامت لتفسير الامراض النفسية . وقد قدمت هذه النظريات بشكل اكاديمي موضوعي غير متحيز ، يضمن تمثيلها لوجهة نظر اصحاب هذه النظريات او تابعيهم . والفصل الثاني يبحث في طرق العلاج النفسي قديمها وحديثها ، والفصل

الثالث يتناول الوسائل العلاجية المختلفة المستعملة في علاج الامراض العقلية . ومن الجلي ان من الصعب ايراد جميع المعلومات التي يمكن ايرادها في هذه المواضيع الواسعة ، في النطاق الضيق الذي يسمح به هذا الكتاب . ولهذا تحتم علي الاكتفاء باهم ما يقتضي للقارىء معرفته في هذه المواضيع .

* * *

واخيرا فلم يكن الدافع لي لكتابة هذا المؤلف هو حبي للكتابة ، ولا رغبتي في اضافة نظرية جديدة عن اسباب الامراض النفسية او طرق علاجها ، ومع شعوري بتوفر الفراغ الكبير في اللغة العربية ، في المجالين العام والخاص ، لمثل هذا الكتاب ، فلم يكن الحافز لي سد هذا الفراغ . فلقد ابتدأ هذا الكتاب نتيجة حث مستمر من طلبتي في كليات مختلفة خلال سنوات عديدة من التدريس بان اضع في ايديهم كتابا وافيا سهل الاسلوب في موضوع الامراض النفسية والعقلية . وقد حاولت الاستجابة لذلك بمحاولات عديدة لم تنتهي الى غايتها . واخيرا مكنتني بعض ظروفي من ان اجد ما يدفعني الى انجاز ما بدأت قبل بضعة سنين . والآن وقد انتهيت من كتابته ، اشعر بانني ادركت غاية غير غاية التأليف ، ذلك ان الكتاب في مجموعه ، يمثل لي عملية شخصية من استجماع التجربة والخبرة ومصادر المعرفة وسبل التأمل في الامور النفسية . واذا جاء الكتاب في بعض مواضيعه او فصوله صعب التتبع والفهم . فما ذلك الا لان اصعب ما في دراسة العلم هو دراسة الانسان ونفسيته . واذا كنت قد حاولت جهدي ان افسر الحوادث والظواهر النفسية كما رأيتها في المرضى فان ذلك الجهد يقصر عن التفسير الكامل لما يجري في نفوسهم ، سواء ادركوه او لم يدركوه عن انفسهم . ومن هنا يحق لي التعذر بما تعذر به الشاعر ت . س . اليوت .

« . . . .

كل ما يمكن ان ارجو افهامه لكم

هي الحوادث فقط. وليس الذي حدث

. . . . »

ومن لم تتوفر له في داخل نفسه تجربة مماثلة لما يحدث من التجارب في نفوس ما لا عد له من المرضى وصور تجاربهم النفسية، فانه لا يستطيع اكثر مما استطعت، من محاولة وصف مظاهر هذه الحوادث، وليس الذي يحدث بالفعل، في نفوسهم. في هذه الحقيقة، قصور الكتاب، وفيه غير ذلك، مما لا يشعر به غير المؤلف من عدم بلوغ الهدف.

المؤلف

مَاهُوَ وَمَن هُوَ الطبيعي ؟

« كل العالم عجيب الا انت وانا
وحتى انت اكثر مني عجبا »

المريض نفسيا او عقليا هو الغير طبيعي في المجالين النفسي او العقلي . ويتبع من ذلك القول ان الانسان الطبيعي ، هو الغير مريض نفسيا او عقليا . وهذا التعريف المتبادل ، يدل دلالة واضحة على اننا ابعد ما يكون عن وضع حد فاصل بين خصائص الفرد « الطبيعي » من ناحية وخصائص المريض نفسيا او عقليا من ناحية اخرى .

ان تحديد التجربة النفسية والعقلية للشخص الطبيعي امر ليس بالسهل. ولعل من الاسهل علينا ان نقرر من هو المريض بيننا من ان نقرر من هو الطبيعي او السوي او السليم . ولعل هذا القول يعكس ما يراه بعض الاخصائيين من ان جميع الناس مرضى بالامراض النفسية ، وان الامر لا يتعدى فرق الدرجة بين الفرد والآخر . ومثل هذا الرأي له ما يسنده . وفيه غير القليل من الصحة .

* * *

من هو الشخص الطبيعي وما هي خصائصه وما هي حدود انفعالاته ومظاهر عملياته العقلية التي اذا توفرت بمقادير وصفات معينة اعتبرناه طبيعيا ، واذا تجاوز هذه المقادير والصفات اعتبرناه شاذا غير طبيعي او مريضا في المجالين النفسي او العقلي ؟؟ . ان الانسان بما له من خبرة مجتمعة عبر آلاف او ملايين السنين منذ خليقته ، لم يستطع حتى الآن ايجاد قياس او وصف يرد نفسه او غيره اليه ، فاذا تطابق معه اصبح الفرد بحكم التطابق طبيعيا . ثم ان العلم الحديث وقد ادرك معظم الحقائق المجهولة في العلوم النظرية لم يستطع بعد وضع معادله ترمز بدقة علمية الى ما هو طبيعي او غير طبيعي في حياة الانسان النفسية والعقلية .

ان بعض الصعوبة في ايجاد قياس ثابت لما هو طبيعي ، تأتي من طبيعة الانسان نفسه ، فهو كائن متطور عبر الزمن الذي سبقه ، وهو كائن متطور متغير

ومتفاعل مع محيطه مع مرور الزمن الخاص به في حياته . واذا اهملنا لمجرد التبسيط ، العوامل المتوارثة السابقة في وجود الانسان ، فان اختلاف العوامل المحيطية وحدها يكفي لتبديد اي امل في الوصول الى قياس ثابت ومعين لخصائص الانسان .

ومن الناحية الوراثية فان علماء الوراثة البايولوجية للانسان يفيدون ان امكانية التماثل الوراثي بين فردين في الخليقة (ما عدا التوائم المتشابهة) امكانية لا تقع اكثر من نسبة ١ الى ٢٨٠٠٠٠٠٠٠ وهي في هذه الحدود يمكن اعتبارها معدومة من الناحية العملية . وحتى في التوائم المتشابهة ، التي يمكن القول بان خصائصها الوراثية متساوية ، فان العوامل المؤثرة الاخرى منذ تكوين الاجنة ، تجعل امكانية التشابه الكلي في خصائص الشخصية لكل منها امرا متعذرا ، كما دلت على ذلك الاختبارات السايكولوجية العديدة على التوائم المتشابهة . واذا جمعنا الى امتناع التشابه الوراثي الكامل في حياة الفرد امتناع التشابه المحيطي والتجريبي بينه وبين غيره من الناس ، اصبح الامر اكثر تعقيدا واصبح العثور على « قياس انساني » نرد اليه للمقارنة ، في حكم المستحيل . وفي استحالة ذلك بات من المتعذر علينا الآن وفي المستقبل القريب او البعيد ان ننظر الى الانسان على اساس علمي كما هو الحال في العلوم الاساسية الاخرى كالرياضيات والطبيعيات والكيمياء. واذا كان هنالك من يرى ان ذلك سيكون ممكنا متى استطعنا التحكم بالامكانيات الوراثية وعوامل المحيط ، الا ان اكثر الناس دراية بالعدد الهائل من العوامل المتباينة في المجالين الوراثي والمحيطي ، لا يجدون املا في رد الانسان الى شخصية « ذرية » ثابتة الكيان والخصائص والتفاعلات. وفي استحالة رد الانسان الى قياس ثابت ، يكمن سر وجوده ، وفيه يكمن مقامه الاعلى من بين الكائنات الحية . فالعلماء يقدرون عمر الحياة على كوكب الارض بحوالي ٢٫٧٥٠ مليون سنة ، والانسان كغيره من الكائنات الحية خلق وتطور في الفترة الاخيرة من هذا الزمن الطويل . وليس هنالك ما يدل على ان الخالق حتى الآن اعطى ما هو اكثر تعقيدا واسمى خلقا من الانسان . واذا

وجد الانسان نفسه الآن كما في الماضي ، وكما سيكون ذلك في المستقبل ، عاجزا عن فهم نفسه فهما كليا ، فما ذلك إلا لان الانسان بطبيعته وبامكانيات تطوره هو اعظم بكثير من وسائل فهمنا له .

وبتعذر ايجاد قياس مطلق يرد اليه الناس ويقاسون بموجبه، فقد لجأ الانسان في الماضي وفي الحاضر ايضا الى ايجاد قياس نسبي قائم على اساس « المعدل » واعتبر هذا « المعدل » طبيعيا . بقي طريقة الوصول الى المعدل وتعيين الخصائص التي تدخل في عملية ايجاد المعدل ، وحدود الافراد والجماعات التي يمكن ادخالها في هذا التقدير ، واخيرا فما هي الابعاد عن المعدل ، التي يصح ان نعتبر الفرد في حدودها طبيعيا ، وما بعدها غير طبيعي ؟ . قد يكون من السهل الوصول الى قياس « الوسط » او المعدل في الصفات الجسمية كما اصبح من السهل القيام بتقدير مستوى الذكاء للفرد باستعمال العديد من اختبارات الذكاء وبقدر كبير في الدقة . وقد تمكن علماء النفس من وضع العديد من الفحوص الاختبارية لقياس سلوك الفرد وسرعة التفاعل في ظروف تجريبية خاصة . على ان علماء النفس قد لاقوا حتى الآن صعوبة كبيرة في ايجاد طرق اختبارية تقاس بها الخصائص العاطفية في حياة الانسان . ومع ان بعض الفحوص قد وضعت لذلك، الا انها لا تعكس تماما، لا حدود الحياة العاطفية للفرد، ولا عمق هذه الحياة . ومثل هذه الصعوبة في قياس الحياة العاطفية نجدها في قياس الكثير من الملكات العقلية مثل التفكير المجرد والتخيل واستعمال الرموز والبصيرة والتأمل وغيرها من اوجه الحياة العقلية . ومع ان بعض المحاولات قد قامت لقياس هذه الخصائص ، الا ان تقديرها حتى الآن ما زال ضمن حدود التخمين وما زلنا نعتمد اعتمادا كبيرا على تحسس الفرد نفسه بتجربته الذاتية لهذه الخصائص في حياته العقلية والعاطفية . وما لم يتمكن العلم من قياس هذه التجربة الذاتية بابعادها وقواها الحقيقية ، فاننا بما توفر لنا من وسائل القياس الجزئية المعروفة ، سنظل عاجزين عن وضع الفرد الواحد في مكانه الصحيح وبالنسبة لنفسه وبالنسبة لغيره من الناس .. والى ان يكون ذلك ممكنا ، فان الوسيلة المثلى لتقدير « طبيعة » الفرد

ما زالت تأتينا عن طريق الملاحظة الانسانية المستمرة التي تستند الى وجـــود الفرد وسلوكه وتفاعلاته مع المجتمع الذي يعيش فيه . ومن الواضح ان ابعاد مثل هذه الملاحظة الانسانية تشمل الفرد بكليته بما في ذلك تأريخه الشخصي والاجتماعي الكامل ، ولا تقتصر على الفترة الاختبارية القصيرة التي تجري فيها الفحوص والقياسات الاختبارية المختلفة .

(مَن هُوَ السّليم نَفسيًّا) ؟

ان التوصل الى تقدير صحيح للحياة النفسية لاي فرد ، يتطلب الاحاطة التامة بسلوك الفرد وشخصيته وبمظاهر حياته الفكرية والعاطفية . ومن الواضح ان الكثير من هذه الخصائص الفردية يمكن ملاحظتها من قبل الغير ، وخاصة السلوك وبعض الانفعالات العاطفية . اما العمليات العقلية واوجه الحياةالعاطفية الدقيقة فهي تقع ضمن التجربة الذاتية للفرد وقد لا تنعكس في مظاهر شخصيته او سلوكه كما يراها الآخرون . وعلى ذلك فمن المتعذر على احد ان يتوصل الى تقدير كامل للحياة النفسية لاي فرد اذا لم يستطع بيان التجربة النفسية الذاتية كما يتحسس بها وكما يدركها ذلك الفرد نفسه . واذا عجزنا لسبب ما ، عن التوصل الى بيان هذه التجربة ، اصبح من المستحيل علينا ان نقرر في معظم الحالات من هو الصحيح نفسيا ، ومن هو المريض في هذا المجال .

* * *

من الواضح ان الناس يتفاوتون في تجاربهم النفسية ، ليس في عمق هذه التجارب وتشعبنواحيها واختلاف اسبابها ومصادرها فحسب، بل هم يتفاوتون ايضا في مقدرتهم على التحسس بهذه التجارب ، وفي ادراك قيمتها الفعالة في حياتهم النفسية . ثم انهم يختلفون في مقدرتهم على التعبير عن التجارب بشكل يتساوى مع عمقها وطبيعتها. ولهذا فمع اهمية وضرورة الوصولالى هذه التجربة النفسية ، الا ان العقبات كثيرة في هذا السبيل . وما زلنا نفتقر الى وسائل علمية نستطيع بواسطتها من تسجيل وقياس هذه التجاربالنفسية الداخلية سواء وعاها الفرد عن نفسه او لم يعيها . ومع هذه الصعوبة فان الجمع بين مصادر الملاحظة عن سلوك الفرد وانفعالاته ، واستخلاص ما يمكن من تجاربه النفسية كما يراها هو وكما يمكن استجلاؤها بواسطة بعض الفحوص النفسية ، تعطينا فكرة عملية عن حدود الحياة النفسية ، وتساعدنا في تقرير السليم من المريض نفسيا بين الناس .

يتفق الكثير من علماء النفس على ان الفرد السليم من الناحية النفسية هـــو الذي تتمثل في شخصيته الخصائص التالية :

من الناحية العاطفية عنده اقل ما يمكن من الصراعات العقلية وله القابلية والرغبة المعقولة على العمل وفي مقدوره ان يحب احدا غير نفسه .

من ناحية السلوك له المقدرة على الوصول الى بت في الامور بدون عناء كبير او تأخر زائد . يحب عمله ولا يشعر بتعب الا بما يتناسب مع الجهد ، ولا يرغب في تغيير مستمر لنوعية عمله ، ويجد ارتياحا في العلاقات الاجتماعية وفي الحياة الزوجية والعائلية . ويتفهم الحاجات العاطفية ووجهات نظر الاخرين فيها . ويتجاوب معها .

من الناحية الجسمية خلوه من الشكوى من الاعراض الجسمية والنفسية التي لا ترد لاسباب عضوية المنشأ .

قد يكون هذا التحديد للفرد السليم نفسيا امرا ممكنا، لكنه في بعض نواحيه يفرض قيودا تجعل الفرد السليم كائنا مثاليا يصعب العثور عليه بين الناس. ولعل اهم القيود هي (١) تحديد الصراعات العقلية (او النفسية) . و (٢) خلوه من اعراض الامراض النفسية. فالتقييد الاول الذي يحدد الصراعات العقلية بأقل ما يمكن ، لا ينطبق على واقع الانسان العقلي والمستمد من طبيعته . هذه الطبيعة التي تجعل منه عرضة لانطباعات وتجارب مختلفة ، وتتطلب منه اقامة التوازن بينها واختيار ما يجده متلائما مع حاجاته الآنية ومع ضرورة بقائه . فالفرد السليم نفسيا هو في حالة مستمرة من قيام عوامل الصراع وايجاد الحلول. والواقع ان مقدرة الانسان على التحسس بهذه الصراعات العقلية، والبت في هذه الصراعات، هو الذي يفرق تفريقا جوهريا بين الانسان وبين غيره من الكائنات الحيوانية . ولو امكن القضاء على هذه القابلية في الانسان ، (وهذا امر يحدث في بعض الامراض التي تصيب الدماغ كما يحدث نتيجة لبعض العمليات الجراحية على الدماغ) فان انسانية الانسان وفعاليته العقلية تنحدر الى حدود بعيدة تجعله في مستوى

دون مرتبته الانسانية بكثير . اما التقييد الثاني وهو خلو الفرد من اعراض الامراض النفسية فهو ايضا تقييد لا يمكن تطبيقه . ذلك ان اعراض ا لامراض النفسية بقسميها النفسي والجسمي ، متوفرة في معظم الناس . فالاعراض النفسية من قلق ، وفكر تسلطي ، واضطراب في المزاج ، والشعور بالتعب ، متوفرة في جميع الناس بصورة طبيعية وبدرجات مختلفة . وكذلك الحال في الاعراض الجسمية على اختلاف انواعها فهي كثيرة الوقوع في تجربة معظم الناس ويمكن اعتبارها مظهرا طبيعيا لتفاعل الامكانيات النفسية مع الامكانيات الجسمية للفرد ، وهي دليل على التكامل والارتباط الوثيق بينهما. ومع ان هذا الارتباط بين النفس والجسم يبدو اكثر وضوحا في حياة الافراد والجماعات البدائية البسيطة في مستواها الثقافي والاجتماعى الا انه ارتباط ما زال وثيقا ، وان كان اكثر تعقيدا ودقة في حياة اكثر الناس تطورا وتقدما .

ومما يدلل على مدى انتشار الاعراض النفسية بشكل طبيعي بين الناس مما لا يتناقض مع حياة نفسية سليمة الملاحظتين التاليتين :

١ - في دراسة للمتطوعين من الطيارين في انجلترا قبل بضعة سنوات ، تبين بالفحوص النفسية الدقيقة وجود اعراض نفسية او استعداد لها في اكثر من ٦٠ في المئة منهم . في الوقت الذي اجمع عليه بالفحوص الجسمية والنفسية والعقلية سلامتهم التامة من الامراض .

٢ - في اختبار على احدى الصفوف في سنتين متتاليتين في كلية الطب قبل بضع سنوات (مقياس مودزلي) تبين وجود خصائص واعراض نفسية في حوالي النصف من الطلاب .

وعلى هذا فلا يمكننا القبول برأي « يحرم » الصحيح نفسيا حرمانا تاما من الاعراض النفسية التي ترد في الامراض النفسية. فهذه الاعراض، وماقد يصاحبها من انفعالات ، هي مظهر من مظاهر الحياة الطبيعية . ولعلها ضرورة للابقاء على التوازن الصحيح بين الانسان ونفسه من ناحية ، وبين الانسان ومحيطه الخارجي

من ناحية اخرى . قد يكون في ادراكنا لهذه الحقيقة اقرار بان جميع الناس اما انهم مرضى بالامراض النفسية (كما يرى ذلك بعض الاخصائيين) واما انهم مهيأين للاصابة بهذه الامراض . فاذا كان توفر الاعصاب باي قدر هو دليل على المرض ، فالافتراض الاول صحيح . واذا كانت التهيئة للامراض النفسية هي القياس الصحيح ، فان هناك مايثبت بان جميع الناس مهيأين، وبدرجات متفاوتة للاصابة بالامراض النفسية . وان الفرق بين الواحد والآخر في هذا الامر ، هو في تحسسه ، وفي توفر التجارب الخاصة التي تجعل ظهور هذا الاستعداد امرا لا بد منه . وليس هنالك ما يفيد بان فردا واحدا مهما ارتفع او قل مستواه الثقافي والعقلي والاجتماعي يمتنع وقوعه في اضطراب نفسي ، اذا توفرت العوامل الكافية التي تجعل هذا الاضطراب ممكنا .

(مَن هُوَ المـَرِيضُ نَفسِيًّا) ؟

الامراض النفسية واسعة الحدود كثيرة الاعراض متفاوتة الدرجات ، ولهذ يصعب تعيين الحد الادنى لدرجة وصورة اي اعراض مرضية يكون في توفرها دلالة على قيام حالة المرض النفسي .

ان المصادر التي نعتمد عليها في تشخيص وجود المرض النفسي في فرد ما هي ثلاثة مصادر . اولها سلوك الفرد وثانيها مـــدى تحسسه وشكواه من المرض . واخيرا توفر اعراض الشكوى الجسيمة . ومن الواضح ان المصدر الاول خاضع للملاحظة من قبل الآخرين في محيط المريض . اما المصدرين الثـــاني والثالث فيدخلان ضمن التجربة الذاتية للمريض ولا بد من تطوع المريض بكشف هــذه التجربة قبل ان نتمكن من تحديد نطاقها وتقدير طبيعتها المرضية .

* * *

ان الارتباط وثيق بين الحياة النفسية الداخلية من عقلية وعاطفية وبـــين مظاهر السلوك الخارجي للفرد . على ان التوافق التام بينهما لايتوفر في كل حالة ، مما يجعل من المتعذر احيانا الاستدلال على ما يجري في نفسية المريض من ملاحظة سلوكه . وكثيرا ما يحدث العكس ، فيأتي سلوك الفرد وكأنه على نقيض ما هو متوقع من العمليات النفسية القائمة في نفسه ، سواء جاءت هذه المناقضة بارادة المريض ، او تمت بنتيجة عمليات نفسية معقدة لا سلطة لارادته عليها . ثم ان هنالك حالات نفسية كثيرة تتصف بنفس المظاهر السلوكية ، مما يجعل الارتباط بين السلوك وبين الحياة النفسية اقل دلالة . ومع هذه الاحترازات ، فان بعض الامراض والاضطرابات النفسية تنعكس بوضوح فى سلوك الفرد كما هو الحال في مرض الهستيريا ومرض الكآبة وحالات الادمان المختلفة والامراض السايكوبائيه الاندفاعية والاجرامية والاعمال الجنسية الشاذة . فهذه كلها يمكن الاستـدلال بواسطتها على توفر اضطراب في الحياة النفسية للمريض ، ولا يقلـــل من دلالتها المرضية تحسس المريض او عدمه بوجود اضطراب في توازنه النفسي ، اذ

كثيرا ما يكون السلوك الغير طبيعي للمريض هو المظهر والمصدر الوحيد لحالته المرضية ، في الوقت الذي قد لا يفطن فيه المريض الى العلاقة بين مظاهر سلوكه الشاذة وبين امكانية توفر اضطراب نفسي في شخصيته .

* * *

والمصدر الثاني والهام لمعرفة وجود حالة المرض النفسي يأتي من المريض نفسه ، وقد يكون هذا هو المصدر الوحيد الممكن لاستقاء المعلومات التي تفيد بوجود الاضطراب النفسي . ومعظم الامراض النفسية ، وخاصة تلـــك التي تعود الى اضطرابات عـــاطفية كالقلق والفزع والافكار التسلطية ، لا يمكن التأكد من وجودها في المريض بدون بيان المريض نفسه بوجودها . ومعظم هذه الحالات قد تظل في نفس المريض يعاني وجودها مدة طويلة دون ان تؤثر في سلوكه او في علاقاته مع المحيط حوله . وهو وحده الذي يختار الزمن والدرجــة المرضية للاستشارة الطبية ، وقد يظل المريض محتفظا بشكواه المرضية لا يعلم بها احــد ولا يراجع من اجلها احدا. وقد يكون امتناعه عن ذلك مرده الخوف من دلائل مرضية ، وقد يكون بسبب خجله من ان يفقد احترام وتقدير غيره ، او ان يؤثر ذلك في مستقبل حياته . من اجل ذلك نجد ان الامراض النفسية التي تعتمد على مصدر التجربة الذاتية للمريض هي اكثر بكثير مما يبدو . ولا بد في هذا الامر ، من ان يثقف المريض ويشجع على ادراك فائدة الافضاء بمصادر الاضطراب في نفسه مهما كانت درجاتها . اذ ان القيام بذلك في الادوار الاولى من قيام هذا الاضطراب يمنع تطور المرض وتعقيده ، وفيه امكانية اكثر للمعالجة والشفاء . وهنالك ما يدل على ان الناس في السنوات الاخيرة اكثر تحسسا لوجود عوامل الاضطراب في نفوسهم ، كما انهم اكثر استعدادا من قبل ، للافضاء عن طبيعة هذه الاضطرابات النفسية بثقة وصراحة .

* * *

والمصدر الثالث والاخير الذي يفيد بوجود اضطراب في الحياة النفسية ، هو من

الاعراض المرضية التي يشكو منها المريض . وهذه الاعراض على نوعين نفسية وجسمية . فالاعراض النفسية في معظم الاحيان ذات دلالة مباشرة على قيام حالة المرض النفسي ، اما لطبيعتها واما لمصاحبتها لتجربة نفسية معينة . اما الاعراض الجسمية فتقرير طبيعتها النفسية امر يصعب ادراكه بالنسبة للمريض كما يصعب الوصول اليه بالنسبة للطبيب . ولهذا نجد بان ما يقارب النصف ممن يراجعون الاطباء عامة يشكون من اعراض جسمية ، بينما مرضهم الحقيقي يرد الى عوامل نفسية . هذه المصادر الثلاثه : سلوك الفرد الظاهري ، تجربته النفسية الذاتية ، والاعراض المرضية النفسية أو الجسمية التي يشكو منها ، هي التي يعتمد عليها في الوصول الى تقرير قيام الحالة المرضية . وبهذا يكون تشخيص المرض معتمدا على واحد او اكثر من امور ثلاث ، المجتمع ، المريض نفسه ، وطبيعة اعراضه المرضية . وليس من الضروري توفر جميع هذه المصادر ، فقد يكفي واحداً منها للدلالة على المرض . على ان من الواضح لمن يعنى بالامور النفسية ، ان الكثير من حالات المرض تمر بالناس وبصاحبها وبالاطباء دون ان يلاحظ احد طبيعتها النفسية . وينطبق هذا الواقع على حالات الانحراف النفسي في سنوات الطفولة والحداثة والمراهقة . مما يسمح لهذه الانحرافات بان تتطور تدريجيا وبشكل غير منظور ، الى ان تصل الى الحد الذي تظهر فيه بصورة مرضية واضحة . ولما كانت معظم الامراض النفسية تعتمد في وجودها على اسس سابقة من الاضطراب في التوازن النفسي منذ سن مبكر ، فقد اصبح من الضروري تثقيف الوالدين والمربين والمجتمع بشكل عام في المبادىء الاساسية للصحة النفسية والعقلية . بحيث يسهل عليهم ادراك بعض مظاهر السلوك الغير طبيعية وتفهم دلائلها المرضية .

هناك من يعتقد بان خلو الفرد من مظاهر السلوك الغير طبيعية وخلو شعوره من التحسس باي اضطراب او صراع نفسي ، وعدم شكواه من الاعراض المرضية النفسية والجسمية ، لا يكفي برهانا على عدم اصابته باضطراب نفسي . ويدللون على ذلك بالاختبارات السايكولوجية

المختلفة من قياسه واسقاطية وتجريبية وتحليلية ، وكلها تظهر توفر اضطراب في التوازن النفسي اكثر بكثير مما يتضح من عدد المرضى الذين يتحسسون بالمرض او يعالجون بسببه. ان سلوك الفرد وتصرفاته في ظروف خاصة او غير طبيعية، كما يحدث في بعض الناس عندتناول المشروبات الروحية او المخدرات، او «العقاقير المهلوسة » ، او عند اخضاعهم الى تجارب خاصة من الاجهاد والارهاق، قد يميط اللثام عن عمليات مغمورة ومتسترة من الصراعات العقلية والاضطرابات النفسية ، مما يؤكد عمق الحياة النفسية وتكاملها . وسواء صح لنا ان نعتبر سلوك الفرد وتحسسه في هذه الاوضاع الخاصة دليلا على مرضه ، فمما لا شك فيه ان في ذلك دليلا على مدى استعداده للوقوع في المرض اذا توفرت الظروف والتجارب الملائمة . ويجمع العلماء ان ما من احد مهما بدت صلابته وسلامته النفسية يمتنع عن الانهيار النفسي اذا توفر اخضاعه الى ما يكفي من اجهاد وضغط. وبهذا يتساوى الانسان في استعداده العام للمرض النفسي ، وان كانت الفروق الفردية في درجة هذا الاستعداد واتجاهه ذات اهمية كبيرة في تقرير المرض . ان في هذا الرأي اكثر من التنويه باننا جميعنا نعاني من مرض نفسي او آخر وبدرجة ما، سواء علمنا انفسنا بذلك ام لم نعلم ، وسواء بدى ذلك في سلوكنا الاجتماعي ام لم يبدو . ولعل في هذا القول مبالغة، على ان فيه الكثير من الصحة . واذا نظرنا الى هذا الرأي المتطرف من وجهة نظر اخرى، فانا نجد ان في توفر الاضطراب النفسي والصراع العاطفي والتفاعلات التي تثار بسببها. محسوسة كانت ام غير محسوسة ، دليلا على المدى الذي بلغه الانسان في تطوره العقلي ، ومدى حاجته الى مثل هذا الاضطرابات والصراعات النفسية وبالدرجة التي تخدم ضروراته الحياتية في محيطه الانساني والطبيعي . وعلى ذلك فان مقدارا ما من « المرض النفسي »، صفة وحاجة ضرورية اقتضتها طبيعة الانسان وسنة تطوره . ومن المشكوك فيه ان من الممكن تجريده منها مع الابقاء على التوازن النفسي الصحيح والمثمر والفعال في حياته . وقد يكون من الصعب علينا ان نعين بالدقة العلمية مدى حاجة كل فرد لهذه الصفة في حياته ، فهذا

المدى يختلف بين فرد وآخر ويختلف في الفرد نفسه بين ظرف وآخر ، ثم ان من المتعذر على احد ان يقرر الحد الذي ينتقل فيه هذا الاضطراب النفسي من حيز الضرورة للوجود الطبيعي الى حيز الاضرار المرضـــي ، بالنظر للفوارق الواضحة والكثيرة بين الافراد في معالم وخصائص شخصيتهم وللاختلافات التي لا حد لها في العوامل المحيطة التي يخضعون لها في ادوار حياتهم . ومع هـــذه الصعوبات فان الحد العملي الفاصل بين الصحة السليمة (بما تتضمنه من عوامـــل المرض) وبين المرض النفسي ، تتجلى حدوده عندما يفقد المرء المقدرة على اقامة التوازن بين العوامل والصراعات النفسية المختلفة في داخل نفسه ، او عندما يجد ان من المتعذر عليه الابقاء على هذا التوازن الا بجهد عظيم يخل من توازنه المعتاد مع محيطه ويفقده المقدرة على التكيف حسب مقتضياته . ومتى فقد الانسان هذه المقدرة على التوازن من الداخل ، او فقدهـــا باضطراب عملية التكيف من الخارج ، فان في ذلك بداية للمرض النفسي الفعلي الذي ينعكس وجوده بمصدر او اكثر من المصادر المنبأة بالمرض، وهي مظاهر سلوكه كما تبدو للناس، وتجربته النفسية الذاتية كما يتحسس بها ، وفي الاعراض المرضية التي يعانيهـــا من نفسية او جسمية .

مَن هُو المَريض عَقليًا ؟

تقدير الصفات والمظاهر التي تدل على الاصابة بمرض عقلي كانت منذ اقدم العصور وما زالت حتى الآن من الامور التي يمارسها الناس في المجتمع . وقد بقي للاطباء في هذا التقدير اعطاء التشخيص الفني للحالة المرضية . ويمكن القول ان هنالك اتفاقا كبيرا بين الاسس التي يعتمدها الناس ويعتمدها الاطباء في تقدير الانحراف عن جادة الحياة العقلية الطبيعية . على اننا مع ذلك ، نجد اختلافا كبيرا بين الاطباء المختصين في هذه الموضوعات في تقدير الحد الادنى للاعراض التي يجب توفرها في المريض حتى يصبح مريضا عقليا. كما انهم يختلفون في تحديد العلاقة بين الامراض النفسية والامراض العقلية من الناحية السببية ومن ناحية خصائص وطبيعة كل من المرضين . ان هنالك من يعتقد من الاخصائيين بان الامراض النفسية كالامراض العقلية ، كلها مظاهر للاضطراب في الحياة العقلية للفرد . وان الفرق بينهما فرق درجة، فتعتبر الامراض النفسية الدرجة الصغرى من هذا الاضطراب في الحياة العقلية ، وتعتبر الامراض العقلية الدرجة الكبرى من هذا الاضطراب . وهم يرون ان الاسباب واحدة في الحالتين . ويستندون في هذا الرأي على توفر الاسباب النفسية في الكثير من حالات الاضطراب العقلي وعلى ما يلاحظ من تطور بعض الحالات النفسية في بعض المرضى الى اضطرابات عقلية ، وبسبب توفر بعض الاعراض المرضية النفسية في بعض المرضى العقليين. وهنالك من يرى غير هذا الرأي ، ويعتبر الامراض العقلية مجالا خاصا من الامراض لها اسبابها الخاصة وطبيعتها الخاصة ، وانه مع توفر بعض مظاهر الشبه في المرضين الا ان التغيّر في شخصية المريض عقليا له من المظاهر ما لا يتوفر في المريض نفسيا . ولعل اهم مظهر من مظاهر هذا التغير هو فقدان المريض للمقدرة على التمييز بين ما يتولد في شعوره من احاسيس وبين ما يأتيه من احاسيس خارجية ، وبهذا يبدو وقد تغيرت العلاقة الطبيعية بينه وبين محيطه فيرى المحيط على غير ما كان يراه ويراه الناس ، ويصبح سلوكه متناسبا مع هذا التغير الذي

يراه . وشعور الناس في مجتمع المريض ، بما في ذلك الاطباء ، بوجــود المرض العقلي ، لا يأتي عن طريق ادراك هذا التغير في شخصية المريض من وجهة نظر المريض نفسه ، بقدر ما يأتي عن طريق شعورهم بان تجربة المريض العقلية تقع في نطاق جديد غامض عليهم ، وانهم لا يستطيعون المشاركة بهذه التجربة حتى من الناحية النظرية . وهو شعور لا ينطبق على المريض نفسيـا والذي تبـــدو تجاربه النفسية واحساساته وكأنها اشتداد لمظهر او آخر من مظاهر الشخصية الطبيعية ، والمتوفرة بقدر ما في جميع الناس . وقد يجد الطبيب صعوبـــة في استجلاء العمليات الفكرية التي تدور في ذهن المريض ، وبهذا يتعذر عليه ادراك نواحي الاضطراب العقلي الذي يعانيه . وبعض المرضى العقليين يملكون القــدر الكافي من البصيرة لاخفاء الكثير من المظاهر المدللة على مرضهم العقلي ، والكثير منهم لا ينعكس اضطرابهم العقلي في الاخلال بعلائقهم الطبيعية مع محيطهم ، ويستمرون في صلاتهم الاجتماعية وفي اعمالهم الاعتيادية دون ان يفطن لمرضهم احد . ومثل هؤلاء كثر بين الناس . ولعله لا يصعب في بعض الاحيان على الطبيب المختص ان يشخص حالتهم المرضية اذا توفر له الوقت الكافي لدراستهم وملاحظتهم . على ان هنالك بعض الحالات البينية Borderline التي يصعب تقريرها والتي يختلف الاخصائيون في تصنيفها . وهنالك بعض الاعراض التي يشكو منها بعض المرضى بشكل طارىء وبأحوال خاصة ، والتي تنم عن اضطراب في ادراك الاحاسيس ، سواء جاءت هذه الاحاسيس من داخل كيان المريض او خارجه ، كما يحدث في حالات الهذيان في الحمى والاثارة الحسية والتجريد الحسي وبتأثير الادمان على المخدرات او باستعمال بعض العقـــاقير المهلوسة . فبعض الاخصائيين لا يعتبرون مثل هذه الحالات مرضا عقليا على اساس انها طارئـة ومقيدة بظروف معينة ، وهو رأي لا يؤخذ به . فالاضطراب العقلي يحكم بوجوده على اساس التغير في الملكات العقلية بصرف النظر عن حدة ومدى واسباب هذا التغير . وان كنا نتفق مع من يرى ان ظهور الاعراض العقلية في مثل هذه الاحوال هو دليل على توفر الاستعداد في المريض للاصابة بتفاعل عقلي معين وفي ظروف خاصة ، وان مرضه العقلي ليس اساسيا . والحكم بهذا الرأي ، لا يأتي الا بعد انتهاء الحالة

المرضية وزوال اسبابها. ان الكثيرين منا، ان لم نكن جميعنا، عرضة لتجارب عقلية غير طبيعية وطارئة تمر بنا مرة او اكثر في الحياة . سواء جاءت بفعل احد الاسباب التي ذكرت اعلاه ، او في سياق حلم ، او كابوس ، او في حدود اليقظة او النعاس ، او تعبر بنا تلقائيا كامتداد لطرف من اطراف التجربة الحسية والعقلية . والذي يقرر اهمية هذه التجربة ، ليست طبيعتها ، بقدر بصيرة الفرد بطبيعة هذه التجربة ومقدرته على تحديدها والخروج منها. فاذا لم يستطع بارادته كان في ذلك الفرق بين المرض العقلي وعدمه .

« لا استطيع ان اصف الفيل
ولكني اعرف الفيل عندما اراه »

ماهي الأمراض النفسية ؟

مع ان الامراض النفسية هي اكثر الامراض التي يعانيها الانسان انتشارا ، وربما اقدمها في تأريخ الصحة والمرض ، الا انه لا يوجد حتى الآن اي تعريف واضح لها متفق عليه بين الاطباء ، خلافا لما هو عليه الحال في الامراض الجسمية والجراحية . وهذا القصور في ايجاد التعريف الذي يحيط بالامراض النفسية ويبين حدودها بعضها عن بعض وكلها عن الامراض الاخرى ، هو امر منتظر. ذلك ان التعريف يتطلب بيان السبب ، والتوفر على اثباته عمليا ، وهذا امر ما زال متعذرا في موضوع الامراض النفسية ، حيث ما زال الكثير من اسباب هذه الامراض افتراضية وغير خاضعة للاثبات العلمي . ان مصدر الصعوبة في في تعريف الامراض النفسية لا يعود الى مجرد الافتقار الى بيان اسبابها بالطرق العلمية او الى الاختلاف القائم بين الاخصائيين عن ماهية هذه الاسباب ، ولكنه يرد ايضا الى عدم اتفاق الباحثين في اي الحالات المرضية تشملها هذه التسمية ، وبسبب عجزهم عن وضع الحدود الفاصلة بين هذه الامراض وبين الحالات النفسية والانفعالات الطبيعية من جهة ، وبين هذه الامراض والانفعالات والحالات العقلية من جهة اخرى . واخيرا فان صعوبة تعريف الامراض النفسية تأتي بسبب عجز الاطباء عن الاتفاق على تصنيف هذه الامراض . فكثيرا ما نجد بعضهم يستعمل تعابير مختلفة في مناسبات مختلفة لوصف حالة مرضية واحدة »

هنالك من يعرف الامراض النفسية بطريقة الحذف والاستبعاد . ويعتبرون المرض النفسي بذلك المرض الذي لا هو جسمي ولا هو عقلي. والواقع ان الكثيرين من الاطباء يطبقون هذا الاسلوب في تشخيص الامراض النفسية . وهو اسلوب بالاضافة الى خطأه ، له محاذير هامة واهمها اضاعة الفرصة على المريض باخضاعه الى سلسلة لا حد لها من الفحوص الجسمية لاثبات او نفي «جسمانية» المرض. هذا ولا يمكن القول بان المرض النفسي هو ذلك المرض الذي لا اساس جسمي له ،

فالكثير من اعراض الامراض النفسية تأتي نتيجة لاضطرابات او امراض جسمية، او تلي اسبابا مادية تقع على الجسم من شدة او تدخل جراحي او هبوط في الوزن. ثم ان الكثير من حالات الامراض النفسية يصاحبها اضطراب وظيفي فسيولوجي في بعض اعضاء الجسم. ومن هذه الاضطرابات ما يؤدي الى تغيرات مادية دائمية في انسجة هذه الاعضاء. كل هذه الامور تجعل من المتعذر قبول رأي يعزل الامراض النفسية عن الامراض الجسمية كليا، سواء كان ذلك من الناحية السببية او السريرية او حتى العلاجية. والرأي في ان الامراض النفسية هي تلك التي ليست بالامراض العقلية، هو رأي لا يفي بالغرض ولا يتفق مع الواقع. فالامراض النفسية هي تجربة شخصية، يدركها ويحس بها صاحبها، وهي بذلك تجربة عقلية غير طبيعية. وقد يصعب في الكثير من الاحيان بيان حدود فارقة من حيث الدرجة او النوع بين ما هو نفسي وما هو عقلي. وهناك من يعتبر التجربتين في نطاق واحد من الاضطرابات العقلية، وينظر الى الامراض النفسية كاضطراب عقلي «اصغر» والى الامراض العقلية كاضطراب عقلي «اكبر».

ومن المحاولات التعريفية تحديد ووصف الامراض النفسية بانها اضطراب في الشخصية. وهذا تعريف واسع ومبهم في آن واحد. ذلك ان درجة الاضطراب في الشخصية قد تتوفر في كل فرد طبيعي ولو لفترة من الزمن، ثم ان جميع الامراض العقلية من الناحية الاخرى تؤدي الى اضطراب واضح في الشخصية. ولما كانت شخصية الفرد مساوية لواقعه وكيانه العاطفي والعقلي والسلوكي، فان اضطراب الشخصية قد يكون متشعب الاطراف متعدد الصور. ومن هذه الصور ما يظل خفيا كتجربة عقلية لا يعيها الا المريض، ومنها ما قد يظهر على شكل اختلاف في السلوك. وعلى ذلك فمثل هذا التعريف، وان كان صحيحا من ناحية فعلية الا انه لا يحدد هذه الامراض بشكل علمي. واخيرا فهنالك من يرى ان الامراض النفسية هي تلك الحالات والاضطرابات «العاطفية» التي تنتج عن تجربة نفسية، سواء كانت هذه التجربة «واعية» في ذهن المريض او كامنة في عقله اللاشعوري. ومن الواضح ان هذا التعريف يحصر

الامراض النفسية في النواحي العاطفية ، وهذا تقييد لا ينطبق على الواقع ويؤدي الى حصر الامراض النفسية في حدود اقل بكثير مما هي عليه . ثم ان في ربط الامراض النفسية بمسببات نفسية تقييد آخر لا موجب له ولا يمكن تطبيقه عمليا . فالكثير من الامراض النفسية تأتي على اثر تجارب مادية لانفسية والكثير منها يأتي بشكل تلقائي ولا يرتبط بتجربة نفسية واضحة ، ثم ان عمليات الاستقصاء النفسي قد لا تثمر في كشف مثل هذا الارتباط بشكل مقنع .

ان جميع هذه المحاولات لتعريف الامراض النفسية واوجه الاعتراض عليها تدل على اننا ما زلنا بعيدين عن فهم طبيعة هذه الامراض واسبابها . وهذه الصعوبة متوقعة في بحث مجموعة من الحالات والانفعالات التي تعكس الاضطراب في الحياة العقلية لكائن كالانسان يعتبر اكثر الكائنات تعقيدا واشدها امتناعا علي الفهم . ولما كان العلم لم يتوصل بعد الى اخضاع الخصائص العقلية للانسان الى طرق البحث العلمي فانه سيظل من الصعب علينا وعلى غيرنا التوصل الى تعريف علمي صادق لهذه الامراض .

(مَدَى انتِشار الامراض النفسيَّة) ؟

لا تتوفر حتى الآن احصائيات يعتمد عليها كليا في بيان نسبة ومدى انتشار الامراض النفسية في بلدان العالم المختلفة . والتقديرات المتناقلة مبنية على دراسات محدودة ، ولكنها مع ذلك تعطي انطباعا قد لا يبتعد كثيرا عن الواقع . وترد صعوبة اعطاء تقديرات موثوق بها، الى ان بعض المرضى ممن يعانون من اضطرابات نفسية لا يلجأون للاطباء للعلاج من امراضهم ، اما لانهم يحتملون المرض ، او لانهم يخشونه ، او لانهم لا يشعرون بامكانية الخلاص منه . وهنالك نسبة كبيرة من المرضى الذين تظهر اعراضهم المرضية وكأنها جسمية المنشأ وتعالج من الاطباء على هذا الاساس الجسمي دون ان يستدل الطبيب او المريض الى طبيعتها الاساسية . واخيرا فالاطباء يتفاوتون في حماسهم او اعراضهم عن تشخيص الامراض بانها نفسية او جسمية .

تقدر نسبة وقوع الامراض النفسية في المجتمعات الغربية تقديرات مختلفة تتراوح بين ٤ الى ١٠ في المئة من السكان . وفي امريكا يقدرون ان حوالي ٣٠ في المئة من المرضى الذين يراجعون المستشفيات ترد امراضهم الى اضطرابات نفسية، وان ٦٠ في المئة من المرضى الذين يراجعون الاطباء عامة هم مرضى نفسانيون . وقد دلت الاحصائيات المستقاة من فحوص المجندين في الحرب العالمية الاخيرة في في امريكا ، ان ٢٥ في المئة من المكلفين فد اسقطوا في فحوصهم الطبية بسبب اصابتهم بهذه الامراض . وفي دراسات على مجموعات محددة من السكان في السويد تبين اصابتهم بنسبة ١١ الى ١٥ في المئة . ومثل هذه النتائج توصل اليها في دراسات دقيقة مماثلة لمجموعة من السكان في اسكتلندا .

ومن هذه الدراسات نستنتج ، ان نسبة وقوع الامراض النفسية تقع في حدود لا تبتعد كثيرا عن واحد في كل عشرة من الناس في المجتمع . وهذا لا يعني ان الباقين يخلون من هذه الامراض تماما . اذ لا بد للواحد منهم ان يمر بتجربة انفعالية في حياته ، تعطيه ولو لفترة من الزمن بعض مظاهر الامراض

النفسية المعروفة . وهنالك من الاخصائيين الذين يحترم رأيهم ، ممن يرون ان جميع الناس مصابون بامراض نفسية . وهو رأي وان اعتبر مبالغا فيه من ناحية عملية واقعية ، الا انه اذا اخذ بمعناه الاستعدادي لهذه الامراض ، وامكانية تحقيق هذا الاستعداد ، في وقت ما من حياة كل فرد، فهو رأي لا يعارض فيه.

وفي المجتمع الذي نعيش فيه نجد ان من المتعذر اعطاء نسب موثوق بصحتها عن مدى انتشار الامراض النفسية . فبالاضافة الى مـــا تقدم من الصعوبات في احصاء هذه الامراض ، فان عدد الاطبـــاء المختصين بهذه الامراض قـــلة ، وهنالك فئات اجتماعية معينة لم تتوفر بعد لديها الامكانيـــات للتحسس بهذه الامراض والسعي لعلاجها ، وفي نسبة كبيرة من السكان ما زال الجسم الوسيـلة الرئيسية ، وربما الوحيدة للتعبير عن الانفعالات العاطفية والاضطرابات النفسية . وهذا الواقع قد جعل من السهل اغفال وجود الامراض النفسية فيهم . والانطباع المتكرر الذي يشعر به الطبيب المختص في هذه الامراض ، ان نسبة وقوعها في بعض طبقات المجتمع ، خاصة الطبقة الوسطى ، لا يقل كثيرا عن نسبة وقوعها في البلدان الغربية . وفيما يلي بعض الملاحظات الشخصية التي تعطي فكرة عن مدى انتشار هذه الامراض في مجتمعنا .

١ – قدر عدد الاطباء بشكل منفرد اثناء عملهم في العيادات الخـــارجية للمستشفى الرئيسي في بغداد (الجمهوري) ان ما لا يقل عن ٥٠ في المئة من المراجعين يشكون من اعراض مرض نفسي او آخر . ولا يدخل ضمن هؤلاء الذين يراجعون العيادات ذات الاختصاص بهذه الامراض بشكل مباشر .

٢ – تبين من احصاء قام به المؤلف في سنة ١٩٦٣ ان عدد مراجعيه لاسباب نفسية من طلاب كلية واحدة هو عشرة بالمئة من مجموع الطلاب .

٣ – في استفتاء لأحدي الصفوف في كلية الطب في سنتين متعاقبتين تبين ان ١١ في المئة من الطلاب قد راجعوا الطبيب بسبب اضطراب نفسي . وان ٤٠ في

المئة كانوا يشعرون بالحاجة الى مثل هذه الاستشارة ولكنهم امتنعوا عن ذلك لسبب ما. هذه الملاحظات والدراسات المحدودة لا تعطي اكثر من انطباع يحتاج الى ما يؤيده بوسائل احصائية علمية واسعة ودقيقة . واذا كان هذا الامر غير متيسر في البلدان الاكثر تقدما في الحياة الطبية فلا بد لنا ان ننتظر طويلا قبل ان يكون ذلك متيسرا لنا .

يجمع العلماء على ان هنالك ازديادا ملحوظا ومطردا في الامراض النفسية في العالم خلال المئة سنة الاخيرة على الاقل ، وان هذه الزيادة لم تصل حدها الاقصى بعد . غير ان تقدير هذه الزيادة في كل بلد ومجتمع ، وبين جيل وجيـــل ، من الامور الصعبة بالنظر لما يتطلبه ذلك من وسائل احصائية معقدة يتعذر تطبيقها في مرض كالامراض النفسية واسع الانتشار ، متعدد الصور ، كثير التداخـل في الامراض الاخرى . وليس في هذه البلاد من الاحصائيات او الدراسات الواسعة التي تعيّن هذه الزيادة في الامراض النفسية ، وان كان هنالك اجماع واتفاق في انطباعات الاطباء بان هذه الزيادة كبيرة وانها في تزايد مستمر . وقد افادت دراسة احصائية محدودة المدى للمؤلف بوجود زيادة نسبية في الامراض النفسية اذا ما قورنت بالامراض العقلية في حدود الثلاثة اضعاف والنصف في خـــلال عشر سنوات (١٩٥٣ — ١٩٦٤) . وهذه النسبة لا تشمل مرض الكآبة الذي ازداد بحوالي الستة اضعاف في خلال المدة نفسها . ومثل هذه الملاحظات لها ما يؤيدها من خبرة الكثيرين من الاطباء في المجالين الاخصائي والعام حيث تؤكد ملاحظتهم التزايد المستمر عدديا ونسبيا للمرضى الذين ترد امراضهم الى اسباب نفسية ، او الذين يتوفر في مرضهم عامل نفسي يطور ويعقد حالتهم المرضية .

ان الزيادة التي تلاحظ في الامراض النفسية يمكن تحليلهـا على الاسس التالية :

١ — زيادة عددية لا بد منها بسبب التزايد المستمر لعدد السكان في معظـم اقطار العام . وبسبب الارتفاع المستمر في معدل حياة الفرد مما يزيد في احتمال اصابة الفرد بمرض نفسي في متوسط الحياة او وفي الشيخوخة .

٢ — مع ان الامراض النفسية معروفة منذ القدم الا انهـا كمجموعة ذات خصائص معينة لم تظهر الا في المئة سنة الاخيرة ، ومنذ ذلك الحين بدأ اقتطاعها تدريجيا من الامراض العقلية من ناحية ، والامراض الجسمية من ناحيـة اخرى .

وما زالت عملية الاقتطاع هذه جارية حتى الآن . وعلى ذلك فبعض الزيادة في الامراض النفسية تعتبر زيادة غير فعلية .

٣ – هنالك ما يؤكد ان المجتمع في خلال السنوات الاخيرة قد اصبح اكثر تفهما لطبيعة هذه الامراض واكثر استعدادا ورغبة في معالجتها . ولهذا فقد ازداد وضوح نسبتها في المجتمع . وهذه الزيادة لا تدل بالضرورة على الزيادة الفعلية في وقوعها .

٤ – اصبح الاطباء اكثر توجها في تفكيرهم الى وجود العامل النفسي في تكوين المرض . ولذلك اتجهوا الى تشخيص هذه الامراض اكثر من ذي قبل. وبازدياد الثقافة النفسية لكل من المجتمع والمريض والطبيب، فان من المحتم ازدياد الوعي بوجود هذه الامراض .

هذه النقاط الاربع ، مع ما تفيده من زيادة عددية في الامراض النفسية ، الا انها لا تؤكد وجود زيادة نسبية في المجتمع بشكل عام لهذه الامراض . والاعتقاد السائد ان الزيادة النسبية المطردة لهذه الامراض هي اكثر بكثير مما يفسر بالنقاط الاربع التي اوردناها ، وانها زيادة اكيدة لا تحتاج الى اثبات . وقد يكون في هذا الاعتقاد ما يؤيده ، اذا اعتبرنا الشواهد الكثيرة في حياة المجتمع من ازدياد حوادث الاجرام في الاحداث والكبار ، وتفاقم مشكلة الادمان وتزايد حوادث الانتحار . وكلها تسند هذا الاعتقاد . على انه لا بد من دراسات علمية واسعة ومستمرة لاثبات مقدار هذه الزيادة واسبابها .

اسباب الزيادة الفعلية للامراض النفسية

ان الارقام المتوفرة عن سعة انتشار هذه الامراض ، لا يمكن ان تعلل فقط بعوامل الزيادة الظاهرية والعددية التي سبق ذكرها . ولا بد من فعالية عوامل اخرى يجمع الخبراء على انها ذات اثر كبير في الزيادة العظيمة التي لوحظت لهذه الامراض في السنوات الاخيرة ، وخاصة في البلاد التي تعرضت لعمليات التطور الحديثة في مختلف المجالات . ومن العوامل التي يرد بحثها في تفسير هذه الزيادة الملموسة في الامراض النفسية ما يلي :

١ - العامل الاجتماعي :

ان الدراسات التي قام بها بعض الباحثين على بعض الجماعات والاقوام البدائية في حضارتها وتركيبها الاجتماعي ، قد دلت على قلة وقوع الامراض النفسية بين افرادها . ومن هذه الدراسات الدراسة التي قام بها « ملينوسكي Malinowski » على سكان جزر « تروبرياند » والتي اظهرت قلة وقوع هذه الامراض. وقد عزا الباحث المذكور هذه الحقيقه الى فقدان الارتباط بين العلاقة الجنسية وبين ابوة الاطفال الذين يولدون بسببها . وقد توصل « كاروثرز Carothers » في دراسة للافريقيين في كينيا الى ملاحظات مماثلة ، كما توصل الى نتائج مشابهة عدد آخر من الباحثين في القارة الافريقية بشكل عام . وفي العراق توصل الباحث الانثروبولوجي « شاكر مصطفى سليم » الى انطباع مماثل في دراسته الدقيقه لسكان الجبايش في اهوار جنوبي العراق. وقد تأيد هذا الانطباع من مصادر طبية مستقلة عملت في هذه المنطقة .

ان هذه الدراسات وغيرها من الدراسات المماثلة تثبت الى مدى بعيد ان نمط الحياة البسيطة ، والقائم على ارضاء الحاجات الاساسية في اطار جماعي، هو اكثر ملائمة للتوازن النفسي واقل تعريضا للاصابة بالامراض النفسية. وعلى عكس ذلك فان المجتمع الاكثر تعقيدا في تركيبه الاجتماعي ونمط حياته هو الاكثر ترسيبا للامراض النفسية .

٢ - العامل الثقافي :

قد لا يمكن فصل هذا العامل عن العامل الاجتماعي بالنظر لارتباطهما الوثيق في عملية التطور . ومع ذلك فان من الممكن ملاحظة التباين الواضح في نسبة وقوع الامراض النفسية بين الفئات الثقافية المختلفة الدرجات ، حيث تبلغ في بعض هذه الفئات ، وخاصة في المعلمين والطلبة الجامعيين ، عدة اضعاف نسبتها في من هم اقل منهم في المستوى الثقافي . وقد لوحظ ايضا ، انه كلما تعرض افراد المجتمع الى مؤثرات ثقافية متعددة وغير موجهة ، او ذات تعارض مع معالم الثقافة الاساسية والتقليدية لذلك المجتمع ، كلما كانت نسبة الامراض النفسية في ذلك المجتمع اكثر وضوحا .

٣ - العامل الاقتصادي

وهو عامل يرتبط ايضا ارتباطا وثيقا بكل من العاملين الاجتماعي والثقافي . واهم ما في هذا العامل هو مدى تأثيره على شعور الفرد بالضمانة والاطمئنان . ويصبح هذا العامل فعالا عندما يكون الفرد مسؤولا بشكل مباشر عن توفير الامور المعاشية لنفسه ولعائلته ، وتزداد فعاليته بازدياد هذه المسؤولية ، وتقل اهميته او تنعدم عندما تصبح المسؤولية المعاشية للفرد وعائلته جزءا من المسؤولية الجماعية . هذا ولا توجد علاقة واضحة بين مستوى الحياة الاقتصادية من ناحية وبين امكانية الاصابة بالامراض النفسية. ففي حالات البطالة العامة مثلا ، قد يسوء المستوى الاقتصادي للعائلة فيبلغ حدود الحاجة ، بينما ترتفع نسبة الامراض النفسية الى مستوى اكثر بكثير مما هو معروف في العائلات او المجتمعات الفقيرة بشكل دائم . وهذا يدل على ان التغير السريع في المستوى، هو اكثر فعالية من الناحية النفسية من المستوى نفسه الذي يعيشه الفرد او الجماعة ، مهما كان هذا المستوى منخفضا . ولأثبات اهمية العامل الاقتصادي والضمانة الاجتماعية يدعي العلماء السوفيت بان نسبة وقوع الامراض النفسية في بلادهم هي اقل بكثير مما هي عليه في البلدان الرأسمالية التي لا تتوفر

فيهـا مثل هذه الضمانات الاجتماعية . ويرى العلماء الروس ان الامراض النفسيه هي تعبير عن فشل الفرد في النظر الى نفسه كجزء من المجتمع، وان نظام حياتهم الاقتصادي والاجتماعي القائم على اساس الجماعة، يقي الفرد من ضرورة التحسس الفردي ، وبالتالي من اخطار التصدع النفسي . ومثل هذا المنطق يمكن ان يقدم لتفسير ندرة الامراض النفسية في المجتمعات البدائية التي لم تنمو فيها فردية المرء الى الحدود الواسعة التي نجدها في مجتمعنا الحديث .

٤- عامِل الهجـرَة وَالتغرّب

– وهذا العــامل كثير الوضوح منذ الثورة الصناعية التي بدأت في اوائل القرن الماضي ، والتي حملت ملايـين السكان من الارياف الى المدن . واذا كانت هذه الهجرة قد هدأت حدتهـا في البلدان الغربية ، الا انها اصبحت مظهرا بارزا في حياة الشعوب المتخلفة او النامية ، حيث تعتبر من المشاكل المهمة اجتماعيا واقتصاديا وطبيا . والذي يلاحظ ان نسبة المرضى من الذين شملتهم عملية الهجرة هي اكثر بكثير من نسبتها في امثالهم ممن لم تشملهم الهجرة ، وهي اكثر من نسبتها في امثالهم ممن مضت عليهم فترة طويلة في البيئة التي هاجروا اليها . وقد تأيد هذا الانطباع في بعض الدراسات الأحصائية على جماعات من المهاجرين في امريكا ومقارنتهم بأمثالهم من الجماعات التي لم تهاجر ، وتبين أن نسبة الامراض النفسية في الجماعات المهاجرة تبلغ عدة اضعاف نسبتها في بلدهم الاصلي ، وانها تزيد كثيرا على نسبة وقوعها في سكان البلاد الاصليين . كما وجد ان هذا التفاوت يقل تدريجيا الى ان تتساوى النسب بعد جيل واكثر من الزمن . ومثل ما لوحظ في امريكا ، نلاحظة في هذه البلاد ، حيث نجد ارتفاع نسبة الامراض النفسية في الافراد الذين اضطروا الى الهجرة عن مسقط رأسهم من القرى والارياف الى المدن . والذي يلاحظ ايضا ان هذه النسبة ليست عالية في اولئك الذين استمروا في المحافظة على نمط الحياة الاجتماعية السابقة التي نشأوا عليها كما هو الحال في جماعات المهاجرين من الارياف الذين يعيشون جنبا الى جنب

في جو وعلائق اجتماعية مماثلة لما تعودوا عليه . هذه الحقيقة تحمل على الاستنتاج بان الهجرة في حد ذاتها قد لا تكون عاملا هاما الا بالقدر الذي تخل فيه بطريقة الحياة وبوسائل الاتصال الاجتماعي والكيان العائلي الذي نشأ فيهـا الفرد قبل هجرتة . وعلى ذلك فكلما زاد عمر الفرد المهاجر كلما كان حظه اقل في التكيف على المحيط الجديد الذي هاجر اليه ، وكلما زادت امكانية اصابته بالانهيار النفسي ، وهذا مـــا نلاحظه بالفعل . وللتغرب نفس الاثر الذي نراه في الهجرة ، ولهذا العامل اهميته في ازدياد الحالات النفسية في من يضطرون بحكم وظيفتهم او دراستهم او عملهم من ترك مسقط رأسهم الى بلد آخر قريب او بعيد . وهـــذا العامل هام وفعال بصرف النظر عن العوامل الاقتصادية والاجتماعية والثقافية التي سبق ذكرها . ولعله يأتي بسبب فقدان الفرد لطرق الاتصال العاطفي التي تعود عليها وبسبب فشله في ايجاد طرق اخرى من الاتصال تحل مكانهـــا وتفي باغراضها . وكلما كانت طرق الاتصال هذه وثيقة بالاصل كلما كان من الصعب التعويض عنها بسرعة وكفاية. والافراد والشعوب تختلف في هذه الخصائص وفي القابلية على التغرب او عدمها تبعا لذلك . وارتفاع نسبة الحالات النفسية المختلفة في المغتربين في داخل البلاد (كالطلبة والمعلمين والمعلمات بصفة خاصة والموظفين) ، وفي خارج البلاد كما هو الحـــال في الطلبة الذين يدرسون في البلدان الاجنبية ، وخاصة في تلك البلاد التي لا يشعر فيها الطالب بتوفر وسائل الاتصال الاجتماعي والعاطفي بالشكل والقدر اللذين يحتاج اليهما ، وقد تكون هذه الحـــاجة اكثر بكثير من حاجة امثاله من مواطني البلدان التي تغرب اليها .

هذه العوامل الاجتماعية والاقتصادية والثقافية وعامل الهجرة والتغرب وربما غيرها من العوامل ، كلها ذات اثر فعال في تعريض الفرد للاصابة بالمرض النفسي واهميتها كعامل ضغط وارهـــاق في حياة المريض تعتمد على مدى الاستعداد التكويني للاصابة بالامراض النفسية ، كما تعتمد على التجربة الحياتية للفرد في ادوار حياته المختلفة. واثر هذه العوامل يعتمد ايضا على السرعة التي يتعرض فيها الفرد الى فعلها ، فكلما جاء التعرض سريعا وبدون اعداد وبدون توفر ما يعوض

الفرد او يقيه ، كلما جاء الانهيار النفسي اعظم سرعة واكثر حدة . ان تقرير الاهمية النسبية لكل عامل من العوامل التي ذكرت ، يتطلب دراسة واسعة من حيث المدى والعمق لهذه العوامل في المجتمع بشكل عام وفي خلال اجيال متعاقبة من الزمن. وهذه مهمة عظيمة الصعوبة بالنظر لالتحام آثار هذه العوامل في حياة كل فرد ولصعوبة فصل الواحد منها عن الاخر . ثم ان التغير المستمر في نمط الحياة يجعل من المتعذر تعيين نقاط ابتداء او انتهاء لاي دور من ادوار التطور في حياة اي فرد او جماعة او شعب . ومع هذه الصعوبات فأن الدراسات والملاحظات المتوفرة من قبل الباحثين في اقطار متعددة من العالم تؤيد كلها اننا نعيش في خضم عصر زاخر بالمشاكل النفسية ، وان هذه المشاكل ، بما تأتي به من حالات وامراض نفسية هي في تزايد مستمر .

ان العصر الذي نعيش فيه ، وقد نعت باوصاف مختلفة ، هو عصر القلق ايضا . وقد سادت فيه الكثير من عوامل التعرية النفسية التي اظهرت المدى المحدود للمقاومة النفسية لكل واحد منا . ومع ان الانسان يسعى بالغريزة لوقاية نفسه من خطر هذه التعرية ، الا ان سرعة التطور التي يمليها الواقع من ناحية ، وحدود قابلية الأنسان على التكيف من ناحية اخرى ، لا تعطية القدر الكافي واللازم لوقاية ميزانه النفسي من الانهيار . وسيظل الانسان يعاني المزيد من عوامل التعرية والانهيار الى ان يستطيع رد هذا التوازن ، اما بالتقليل من عوامل الارهاق الجديدة في حياته، واما باكتساب القابلية الكافية على التكيف عليها . لقد اثبت الانسان في الماضي المقدرة على التكيف الناجح مع محيطه ، ولكن الانسان اليوم لم يدخل في حسابه، غير المنظور من طبيعة المحيط الذي يخلقه لنفسه بدون تشوف او بصيرة . ولعل في طبيعة هذا المحيط المجهول ، او من خوف الانسان من مجهوليته ، مصدر هام لاسباب القلق الذي نعانيه في هذا العصر .

الأسباب:

ما من مرض من الامراض التي يصاب بها الانسان حظي بما حظيت به الامراض النفسية من البحث والتأمل في اسبابها . ومع ذلك ، وبالرغم من انقضاء آلاف السنين منذ بدأ الانسان هذا التأمل والبحث ، الا اننا ما زلنا بعيدين عن ادراك الاسباب الحقيقية لهذه الامراض .

هناك نظريات متعددة وضعت لتفسير هذه الامراض وسنتناولها بشيء من التفصيل في القسم الخاص بأسباب الامراض النفسية . وتبدو هذه النظريات متباينة في اتجاهاتها ، غير انها تتفق جميعا في ان الامراض النفسية تنجم في النهاية عن خطأفي العمليات العقلية مما يجعل الفرد غير قادر على تكييف نفسه بالنسبة للعوامل النفسية التي تأتي من الداخل او بالنسبة للمؤثرات الاجتماعية والمحيطية من الخارج. فالنظرية الوراثية ترد هذا الاضطراب الى خطأ في القابلية البايولوجية التي تنتقل الى الفرد عن طريق الوراثة . والنظرية النفسية ترى ان جذور هذا الخطأ تكمن في تجارب الطفولة مما قد يودي الى صراعات نفسية وكبت وقلق . والنظرية الشرطية «بافلوف» تعلل هذه الامراض على اساس من الارتباطات العصبية التي تقيمها العوامل المحيطة المتكررة التي يتعرض لها الفرد، وبقيامهذه الارتباطاتتتقرر طبيعة الردود السلوكية الممكنة والتي يصعب تبديلها في المستقبل. ونظرية اخرى تدعي بنظرية «الاتصال» تجعل من الدماغ مركزا لجمع الانطباعات المستمدة من الخبرات السابقة ومن الموثرات الآتية التي تأتيه من صلاته بالمجتمع وبالمحيط ، وترى ان الامراض النفسية ما هي الا نتيجة للاضطراب في جهاز الاتصال هذا . وبعض علماءالنفس يوكدون الناحية النفسية الاجتماعية لهذه النظرية الاتصالية ويرون ان المرض النفسي ينجم عن اضطراب في صلات الفرد مع مجتمعه ، ولهذا فهم يرون ان علاج المريض بصرف النظر عن المجتمع ، لا يأتي بفائدة دائمة . والناحية الاخرى لهذه النظرية الاتصالية تقوم على اساس بايولوجي. وهي تقارن خلايا الدماغ بالخلايا

الكهربائية في العقل الصناعي ، وتنظر الى العمليات الفكرية كحلقات متصلة من الحركات الكهربائية . وترى هذه النظرية ان الاضطراب النفسي ماهو الا مظهر لاضطراب الحركة الكهربائية الدماغية وان الامكانية الوحيدة للشفاء هي في رد هذه الحركة الى حالتها الطبيعية . وقد يبدو هذا القول سهل التطبيق على انه ما زال في حيز التكهن النظري .

واخيرا فان الاتجاه المادي الذي نعيش فيه قد اكد وجوده على طرق البحث عن اسباب الامراض النفسية. وقد ساعد هذا الاتجاه، استجابة المرضى الى العلاج بالوسائل المادية المختلفة خاصة الكيماوية منها . ويأمل العلم ان يصل في النهاية الى فهم كيماوي للعمليات العقلية التي يقوم بها الدماغ . وهو يأمل عن هذه الطريق بالتحكم في هذه العمليات، وقائيا وعلاجيا وتطويريا ، بقابليات الدماغ . وليس هنالك من شك في وجود علاقة وثيقة بين النواحي المادية في الدماغ وبين الانفعالات النفسية ، غير ان هذه العلاقة ما زالت غير واضحة الاسباب او المعالم .

من استعراض هذه النظريات وغيرها نجد انفسنا ملزمين على الاقرار بان ما من نظرية واحدة تكفي لتفسير الفكر الانساني في حالة الصحة او حالة المرض . وليس هنالك من جواب واحد يعطي لكل حالة مرضية القدر الكافي من التعليل . ولا بد من البحث في كل حالة عن مجموعة اكبر من العوامل المؤثرة والتي تضمن ان يأتي رد الفعل في الوقت الذي يأتي فيه وبالشكل الذي يقع فيه ، وفي الشخص الملائم له . ويشك الكثيرون في انه سيأتي يوم يمكن فيه تغير طبيعة الانسان وكيانه العقلي بحيث يمكن اخضاعه الى ردود فعل معينة يمكن توقيتها وقياس درجتها وتقرير طبيعتها . ولكن غيرهم يجد في الطاقة الطبيعية المستمدة من الذرة والاشعاعات ، ما قد يؤدي الى هذه النتيجة فيما لو وجهت هذه الطاقة الى التأثير على الامكانيات البايولوجية للانسان . والى ان يكون ذلك ممكنا كما تشوف ذلك الروائي الدوس هكسلي في كتابه (عالم جديد شجاع – Brave New World) ، فسيظل الانسان فريدا في تنوعه وفي انفعالاته وفي

الاسباب المتعددة التي تؤدي الى هذه الانفعالات . واذا تعـــذر علينا اخضاع الانسان كليا الى نفس الاساليب العلمية في البحث التي اخضعت لها المواد الطبيعية الاخرى ، فما ذلك الا لان الانسان بحكم تطوره عبر الفي وسبعماية وخمسون من ملايين السنين ، قد ابتعد عن الخواص الفردية لهــذه المواد ولا يمكن رده اليها مع الابقاء على اي اثر لانسانيته .

العلاج :

لما كانت هنالك نظريات متعددة لتفسير الامراض النفسية ، فهنالك عددا مثلها من الوسائل العلاجية . وقد لا يجدي اقامة التفاضل بين هذه الوسائل، كما لم يجدي اقامة التفاضل بين النظريات السببية . ولعل من اهم الحقائق التي سرعان ما يدركها الطبيب المعالج لهذه الامراض انه ما من نظرية سببية واحدة او وسيلة علاجية معينة تكفيان لوحدهما لفهم وعلاج هذه الامراض .

لقد حاول الانسان منذ القدم علاج هذه الامراض بالطرق التي نعرفها اليوم، من نفسية ومادية . ومعرفتنا اليوم بهذه الطرق ، هي اكثر دقة من معرفة من سبقنا ، غير اننا ما زلنا بعيدين عن ادراك كنه هذه الطرق العلاجية ، كما اننا لم نوفق بعد في الوصول الى وسيلة علاجية تنفذ الى منبع المرض وتزيله جذريا، وليس هنالك من دليل على اننا اليوم اقرب من غيرنا في الماضي في الوصول الى هذا الهدف .

ان التسمية للامراض النفسية توحي بان علاج هذه الامراض كأسبابها يأتي بطرق نفسية . وهذا خطأ نتجاوزه في واقع المعالجة لمعظم المرضى . ذلك ان الوسائل المادية كالعقاقير، ما زالت تكون جزءاً كبيرا وهاما ومتزايدا في علاج هذه الامراض . وهي في اثرها لا تقل فعالية عن الوسائل النفسية من روحية وعاطفية وفكرية وثقافية . وقد يبدو لاول وهلة ، ان هنالك تناقضا بين الوسيلتين النفسية والمادية . غير ان ادراك طبيعة الجهاز العصبي هي التي تسمح بادخال هذا التناقض . فالجهاز العصبي للانسان واسع الامكانيات ، وله قابلية التأثر بشتى الوسائل من نفسية او مادية والاستجابة لها بشكل واحد . على اننا ما زلنا حتى اليوم نجهل الطريقة التي تتم بها هذه الاستجابة . وهذه الحقيقة تبقي على باب الاجتهاد مفتوحا لاستعمال اي مجموعة ممكنة من الوسائل العلاجية ما دامت هذه الوسائل تأتي بنتائج ايجابية للمريض وبدون الاضرار بنواحي اخرى من حياته العقلية وبدون الاخلال بكيانه الاجتماعي . واختيار هذه

الطرق ، يتطلب ادراكاً تاما وواسعا من الطبيب المعالج لكيان المريض النفسي والاجتماعي والثقافي والجسمي ، كما يتطلب الاحاطة الشاملة بطبيعة الوسائل العلاجية المستعملة وامكانياتها وحدودها وآثارها . من اجل ذلك كانت مهمة الطبيب المختص في الامراض النفسية اوسع من غيرها من المهام الطبية . وترتب عليه ان يجمع في فنه العلاجي بين حكمة الفيلسوف وعلم الطبيب، واقل من هذا الجمع لا يكفي للاحاطة الكاملة بأوجه الحياة العقلية للمريض. ان الاتجاه الحديث في العلم يسير نحو اكتشاف الاسباب المادية للامراض بما في ذلك النفسية منها، والى اكتشاف العلاج المادي لها . والواقع ان العلم قد بدأ باكتشاف الدواء وهو يسعى للوصول الى السبب عن هذا الطريق. وقد يأتي اليوم الذي نتوفق فيه الى الوصول الى المادة الكيماوية الملائمة التي تفي بالغرض العلاجي بطريقة اساسية وجذرية . ولم يستبعد هذه الامكانية أب الطريقة النفسية في العلاج ، فرويد ، اذ كان يرى بانه سيأتي ذلك اليوم الذي نستطيع فيه علاج كل مرض نفسي بوسيلة كيماوية وفي وقت اقصر بكثير من عمليات العلاج النفسي الطويلة .

ان العلاجات المادية من عقاقيرية وكهربائية وجراحية كثيرة العدد ، وكلها ما زالت قيد التخمين في آثارها العلاجية . ولعل اكثر الاهتمام في الاوساط العلمية موجه الى النواحي الكيماوية من العلاج . وقد كثرت الادوية المستعملة والتي تنتظر دورها في الاستعمال، واذا كان لا ينكر احد الفائدة العلاجية التي يدركها المرضى من استعمالها، غير ان آثارها العلاجية البعيدة على الجسم بشكل عام، وعلى الجهاز العصبي بشكل خاص، مازالت غير معلومة . والذي يخشاه الكثيرون، وهنالك بعض الملاحظات التي تبرر هذه الخشية ، ان استعمال هذه الادوية مدة طويلة من الزمن قد يؤدي الى تغيير اساسي في الامكانيات البايولوجية للجهاز العصبي مما يجعله اقل قدره وكفاءة على القيام بتفاعلاته الطبيعية، وفي مواجهة العوامل النفسية والمادية في المحيط . وهنالك من ينظر الى ابعاد اوسع من هذه الاخطار ويرى بأن بعض هذه المواد قد تؤدي الى تغييرات اساسية وثابتة في الامكانيات الوراثية ، مما قد يكون بعيد الاثر على الاجيال القادمة . ومع ان الوقت لم

يحن لاثبات هذا الرأي بعد ، الا انه غير بعيد الاحتمال . وقد ثبت على الاقل ان استعمال بعض العلاجات المهدئة في الحوامل (الثلامايد) . يؤدي الى نقص واضح في التركيب الجسمي للجنين .

ما من احد يستطيع التكهن عن الامكانيات العلاجية في المستقبل القريب او البعيد . والواقع اننا الآن في مطلع ثورة كيماوية تستهدف الدماغ الانساني والتأثير في تفاعلاته الطبيعية والمرضية . وقد لا يقف البحث عند حدود الفائدة العلاجية ، وقد يتعداه الى محاولة التغير الجذري في طبيعة الانسان . ولا نستطيع الآن تشوف مثل هذا التغير ، وفيما اذا كان سيأتي في صالح انسانية الانسان او عكسه . والى ان يتضح اتجاه هذه الثورة الكيماوية ، فان استعمال ما بأيدينا من العلاجات يجب ان يصرف مع الادراك التام لحاجة المريض من ناحية ، وامكانيات الخطر على حيويته وامكانياته البايولوجية والوراثية من نواحي اخرى .

لمَاذا ، متَى ، وَكيف ،

من اهم الامور التي تدور في اذهان المهتمين بالامراض النفسية من خاصة او عامة اسئلة ثلاث : اولها ، لماذا يصاب احد الناس بمرض نفسي، ولا يصاب غيره حتى من كان من نفس العائلة او المحيط بمثل هذا المرض ؟ والسؤال الثاني : لماذا يقع المريض بالمرض في وقت ما، ولا يقع فيه قبل ذلك حتى مع توفر عوامل ظرفية مماثلة في الماضي ؟ والسؤال الثالث والاخير : لماذا يصاب المريض بنوع المرض الذي اصيب به وليس بنوع آخر ؟ .

ان الاجابة على هذه الاسئلة ، تتطلب ممن يحاولها الاحاطة الكاملة بموضوع الامراض النفسية وما ارتكزت عليه دراسة هذه الامراض من اسس وراثية ومحيطية وثقافية وتربوية وفسيولوجية ومادية ، الى غير ذلك من العوامل التي تساهم كلها في تكوين شخصية الفرد وتطورها في اتجاه الصحة او في اتجاه المرض . اما السؤال الاول من هذه الاسئلة ، فقد اجيب عليه بطرق مختلفه تعتمد على نظريات مختلفة . وقد اوردنا هذه النظريات بشيء من التفصيل في الفصل الخاص عن اسباب الامراض النفسية . ويتضح من هذه النظريات على اختلافها في الاسلوب والاتجاه والتأكيد ، ان الذي يؤدي الى مرض الفرد بمرض نفسي وعدم اصابة غيره بالمرض ، امر يتقرر بسبب عاملين هامين ، اولهما : الفرد كما تهيأ ، وثانيهما الظروف التي يتعرض لها . وقد لا يكفي الواحد منهما مهما كان شديدا لترسيب الحالة المرضية ، اذ لا بد من اشتراك العاملين معا ، ولو بمقادير متفاوتة ، ولكن بتكامل كاف من القوة لاحداث الحالة المرضية . وتوفر هذا التكامل في عملية التفاعل او عدمه هو الذي يقرر حدوث المرض في شخص ما وعدم حدوثه في شخص آخر .

اما السؤال الثاني الذي يتطلب تعليل السبب الذي يجعل المرض يقع في وقت ما وليس في وقت آخر . فالجواب عليه يتبع من الاجابة على السؤال الاول . فالفرد يصاب بالمرض في الوقت الذي يصاب فيه ، لان العوامل الكافية

لذلك قد وصلت حدا من القوة تكفي للتغلب على « مناعته النفسية » . وقد يصل الفرد الى هذه المرحلة بشكل تدريجي لا تظهر فيه العوامل المرسبة للمرض بشكل واضح ، وقد يتم ذلك بشكل سريع بنتيجة تعرض المريض الى تجربة نفسية او مادية بالغة في الشدة وفي الوضوح . وفي الحالتين لا بد من وصول عوامل الضغط الى الدرجة التي تلزم للتغلب على مقاومة المريض، ولكل مريض درجة معينة من المقاومة. غير ان هذه الدرجة في تغير دائم بسبب توالي العوامل المختلفة في حياته ، ومن هذه ما يزيد ومنها ما يقلل من قابليته على مقاومة عوامل الارهاق والشدة التي يتعرض لها .

والسؤال الثالث والاخير المتعلق بالامر الذي يدفع المريض الى حالة مرضية معينة دون غيرها . فان هنالك مجموعة من النظريات التي تعلل ذلك . ومهما تكن هذه النظريات ، فان هنالك بعض الحقائق الواضحة في هذا الامر ، وهي ان المريض قد يصاب باكثر من حالة مرضية نفسية في عين الوقت، او يصاب بها بالتتابع ، وقد يصاب بحالة الآن ، وبغيرها في وقت آخر . وبهذا لا تكون الحالة المرضية ذات دلالة سببية معينة، ولعل اقرب هذه النظريات الى الواقع هي التي تقول بان الحالة المرضية التي يصاب بها المريض ، هي في اكثر الاحيان امتداد لخصائص الشخصية التي تميز بها قبل اصابته بالمرض . فهو يصاب بالقلق النفسي ، اذا كانت شخصيته السابقـة قد تميزت بالقلق ، وبمرض الهستيريا اذا عرف بهذا النوع من الشخصية في السابق ، ومثل ذلك في مرض الكآبة والمرض التسلطي . ومع ان بعض الظروف الاجتماعية وطبيعة العوامل الانية المرسبة قد يكون لها بعض التأثير في توجيه طبيعة الحالة المرضية الا ان هذا التأثير لا يبلغ من الاهمية ما لنوعية الشخصية وخصائصها من اثر في هذا الامر .

أنواع الأمراض النّفسيّة وأعراضها :

هنالك من يقتصر من الاخصائيين على تحديد الامراض النفسية بتلك الحالات المرضية الناتجة عن اضطرابات الحياة العاطفية للفرد ، غير ان معظم الكتاب والاخصائيين يتجهون الى توسيع نطاق الامراض النفسية بحيث تشمل جميع نواحي الاضطراب في كيان الشخصية سواء انعكس هذا الاضطراب في السلوك او العاطفة او الجسم او العقل . وهذا الاتجاه الاخير اقرب الى الواقع ذلك ان الفرد قد يضطرب من ناحية او اكثر في كيان شخصيته عند تعرضه الى عامل مرضي ولا يقتصر اضطرابه على النواحي العاطفية فقط .

ان تقسيم الامراض الى فئات او انواع يعتمد الى حد كبير على معرفة اسباب هذه الامراض ولما كانت هذا الاسباب غير متوفرة بوضوح في مجموعة الامراض المعروفة بالامراض النفسية ، فقد بات من الصعب اعطاء تقسيمات مرضية مبنية على اسس سببية. ثم ان هذه الاسباب ان وجدت كعوامل مسببة اومرسبة للمرض فانها كثيرا ما تؤدي الى انفعالات مرضية مختلفة بين فرد وآخر وحتى في الفرد نفسه بين حين وآخر. كل هذا يجعل من الصعب او المتعذر اقامة علاقة ثابتة بين طبيعة السبب من ناحية وبين طبيعة الانفعال المرضي من ناحية اخرى. ويضاف الى ذلك ان معظم الانفعالات النفسية تعطي اكثر من عارض مرضي في آن واحد، كأن يشكو المريض من الكآبة والنحول او من حالة القلق والافكار التسلطية. ومثل هذا التعدد في الاعراض المرضية هو الصفة الغالبة في الامراض النفسية ، وهو الذى يجعل تصنيفها الى انواع محددة امرا صعبا في الكثير من الاحيان . وللتغلب على صعوبة التصنيف المرضي ، وبسبب ادراك الاطباء لهذا التعدد والاشتراك في العوامل السببية من ناحية ، وفي الاعراض المرضية من ناحية اخرى، فقد قام اتجاه يهدف الى تقسيم هذه الامراض على اساس الاعراض الغالبة في الانفعال المرضي كالقلق النفسي في حالة بروز عارض القلق ، والكآبة في حالة تغلب شعور الكآبة ، والهستيريا في حالة تغلب مظاهر هذه الحالة المرضية .

ويميل البعض في تصنيف هـذه الامراض الى الجمع بين حالتـين او اكثر في آن واحد اذا توفرت المظاهر المرضية اللازمة كالقول قلق الكآبه او كآبة القلق او الكآبة التسلسلطية وهكذا .

*

ان النواحي التي تضطرب فيها الشخصية ،تماثل المظاهر الاساسية التي تتكون منها الشخصية وتدل عليها وتعطيها خصائصها. وهذه النواحي هي السلوك والعاطفة والحياة العقلية . ولما كان الجسم في مختلف اعضاءه ، يتأثر وينفعل في الكثير من الحالات النفسية ، فقد بات من اللازم اعتبار الجسم ايضا مظهرا من مظاهر كيان الشخصية واعتبرت دراسة الانفعالات النفسية في الجسم فرعا هامـا من فروع دراسة الطب والامراض النفسية واطلق عليه اسم الامراض السايكوسوماتية او « النفس جسمية Psychosomatic » . وعلى اساس هذا التقسيم فان الامراض والانفعالات النفسية تقسم الى الفئات التالية :

١ – **الاضطرابات السلوكية:** في الاطفال والاحداث والسلوك السايكوبائي والسلوك الجنسي الشاذ وحالات الادمان والتعود .

٢ – **الاضطرابات العاطفية .**

وهي مـا يعبر عنه عادة بالامراض النفسية وتشمل حالات القلق، والفزع الافكار التسلطية الهستيريا النحول العصبي ، الكآبة والوهم المرضي .

٣ – **الاضطرابات النفسية الجسمية** (الامراض السايكوسوماتية) .

وتشمل مختلف الانفعالات الجسيمة الناتجة عن العوامل النفسية او المتـأثرة بهذه العوامل .

٤ – **الاضطرابات العقلية .**

ومع ان هذه الاضطرابات لا تدخل عادة في نطاق الامراض النفسية الا أن من الصعب في بعض الحالات وضع حدود فارقة بينهـما من النواحي السببية والمظهرية والعلاجية .

ان الاعراض المرضية التي يشكو منها المريض في الامراض النفسية، كثيرة العدد وكثيرة التنوع في الاشتراك والتفاوت في الشدة . وليس المهم في الاعراض كثرتها او قلتها او تنوعها ، بقدر ما تفيده عن وجود ازمة في التوازن النفسي في حياة الفرد . فالاعراض المرضية ذات علاقة وثيقة بحياة الفرد ، ولا يمكن تفريقها وعزلها عن الظروف الحياتية التي تنشأ فيها هذه الاعراض ، سواء كانت هذه الظروف آنية، او كانت بعيدة الوقوع في ادوار نمو الشخصية . والاعراض المرضية في مجموعها تمثل الطرق المتيسرة امام الشخصية الانسانية للتفاعل مع العوامل المؤثرة فيها . وهي في الوقت ذاته وسيلة الانسان للتعبير عن حالات الكبت والصراع النفسي الذي يفرضه مثل هذا التفاعل ، وتخدم غرض التخفيف من الضيق والقلق الذي يعانيه الفرد بسبب حالات الكبت والصراع هذه . والفرد لا يختار الوسيلة التي يخفف بواسطتها هذا الضيق والقلق ، وانما تتهيأ له تلقائيا بنتيجة تفاعل عوامل كثيرة من وراثية وتكوينية وتطبعية وظرفية وثقافية واجتماعية وايحائية الى غيرها من العوامل التي تقرر بمجموعها ، وبدرجات متفاوتة من الفعالية ، الاسلوب الذي يظهر به الانفعال المرضي . وهذة الحقيقة تفسر لنا لماذا تحدث الاسباب الظاهرية المتشابهة انفعالات متباينة المظاهر في المريض ، او حتى في المريض الواحد بين زمن وآخر ، كما تفسر لماذا تؤدي الاسباب الظاهرية المتباينة الى انفعالات مرضية متشابهة في بعض الناس .

حدود العقل

الوعي - اللاوعي - مما وراء الوعي ؟

اعتبر الفلاسفة ان ذات الانسان مساوية لفكره ، سواء كان هذا الفكر موجها الى ادراك النفس من الداخل ، او اتجه الى ادراك ما في الطبيعة والمحيط من الخارج . ومن هنا قول الفيلسوف ديكارت « افكر لذلك انا » . ففي هذا القول المختصر ، اضافة الى اقامة التساوي بين الفكر وبين الذات في وجود الانسان ، تضميننا الى ان عملية الفكر هي عملية ارادية مباشرة تنحصر في ما يدركه الانسان ويعيه عن نفسه فقط .

ومن الواضح اننا اذا قبلنا بهذا التقييد الفلسفي الذي يحصر التجربة الفعلية في حدود الوعي والارادة الواعية فقط ، فيكون من الصعب علينا ، او حتى من المتعذر ، التوصل الى فهم الكثير من مظاهر الحياة الانسانية من سلوك وعاطفة وشعور ، وهي مظاهر لا نستطيع فهمها وتفسيرها الا اذا نظرنا الى العقل والتجربة العقلية نظرة اوسع شمولا وابعد عمقا مما عينه الفلاسفة وحدوده في نطاق الوعي فقط . وقد اتجه علم النفس الحديث منذ نشأته في اواخر القرن الماضي اتجاها يعطي الحياة العقلية للفرد حدود اوسع مما يعيه الفرد عن نفسه . ومع ان الكثيرين منا لا يتفقون مع بعض النظريات والافتراضات التي جاء بها بعض علماء النفس عن اللاوعي والحياة العقلية اللاواعية ، الا ان الواقع العلمي المستمد من الدراسات السريرية والاختبارية المتعددة قد اثبتت بجلاء توفر حياة عقلية للفرد اوسع واعمق وابعد حدودا مما يعيه الانسان ويدركه في اي لحظة من حياته . واذا كان اثبات هذا الواقع من الناحية العلمية ما زال بعيدا ، فهذا لا يقلل في شيء من اهمية اكتشاف هذا المجال الجديد من حياتنا العقلية والذي يعتبر الاساس الذي بني عليه كيان علم النفس الحديث .

يفترض علماء النفس التحليليون وجود ثلاثة حدود للعقل : «الوعي» وهو ما يعيه الانسان ويدركه ، « وقبل الوعي » ، وهو ما يستطيع استدعـــاءه من الذاكرة باختياره، و « اللاوعي» ، وهو ذلك الجزء المغمور من حياتنا العقلية الذي لا نتحسس بوجوده . ومع ان الملاحظات المتعددة تؤيد مثل هذا الوجود في حياتنا العقلية الا ان اقسامه المختلفة لم ترتبط في المفهوم النفسي باي كيان معلوم في الجهاز العصبي .

وفي السنوات الاخيرة تبين ان استعمال بعض العقاقير يؤدي الى تحسس الفرد باحاسيس ذات طابع وصفات جديدة لا نظير لها في التجربة الطبيعية للفرد ، ولا يمكن ان يكون قد مر بمثلها في تجارب الماضي. ومصدرها على ذلك لا يقع في مجال الوعي ولا في مجال اللاوعي ، وانما يكشف عن مصادر وامكانيات جديدة في عقل الانسان لا عهد له بمثلها . وتسمى هذه العقاقير بالادوية المهلوسة Hallucinagens كما سمي المجال الجديد للعقل الذي تفتحه مثل هذه العقاقير بما « وراء الوعي »

١ ـ الوعي :

وهو المجال الاول من حدود التجربة العقلية . وهو يساوي ما يدركه الفرد ويعيه عن نفسة وعن محيطه . وقد ساوى بعض المفكرين هذا المجال بالعقل ، واعتبروا الوعي والادراك حالة ضرورية ولازمة للتعبير عما هو عقلي . غير ان هذا التحديد لا ينطبق على الواقع . فالاشياء المنسية سواء استطعنا تذكرها او لم نستطع، لا يمكن اعتبارها خارجة عن نطاق العقل لمجرد اننا لا نعيها اوندركها في وقت ما . وهنالك الى جانب ذلك الكثير من مظاهر الحياة العقلية ، من سلوك وعاطفة، التي تأتي استجابة لتجارب عقلية غير واضحة جزئيا او كليا في مجال الوعي . ويرى الكثيرون من تلامذة بعض المدارس النفسية وخـــاصة التحليلية منها ، ان الفرد في حياته يقع تحت تأثير قوى نفسية عديدة تؤثر في تفكيره وسلوكه وعاطفته، دون ان يستطيع تبين اصول هذه القوى ولا الطرق

التي يحدث بهـــا مثل هذا التأثير . وحتى بدون وعي لوجودها باي شكل من الاشكال .

ان مجال التجربة العقلية الواعية يعتمد على عملية التذكر . ويخضع الى ما تخضع له عملية التذكر من استمرار او استبعاد او نسيان . ولما كان الفرد لا يستطيع تذكر جميع تجاربه الماضية والحالية في آن واحد وبدرجة واحدة من الوضوح ، فيتبع ذلك ان حالة الوعي لا تشمل جميع هذه التجارب ، وانما تقتصر على ما وقع في مجال الادراك الحالي من تجارب عقلية ، يضاف اليها كل ما يستطيع الفرد استدعاءه من التجارب العقلية السابقة سواء جاء هذا الاستدعاء اراديا بعمليات التذكر والتأمل ، او جاء تلقائيا كما يحدث في عمليات التخيل والاسترسال الفكري في احلام اليقظة والتفكير الفانتزي . فجميع هـــذه التجارب تقع ضمن حدود الادراك والوعي ، وان لم تكن في مجموعها في مركز الوضوح في جميع الاوقات . وقد اعطى فرويد لهذه التجارب التي تقع على هامش الوعي ويمكن استعادتها اليه بال « قبل الوعي Preconcious » واعتبرها حدا فاصلا ووسطا بين الوعي واللاوعي .

ان مقدرة الانسان على التأمل الذاتي مقيدة بحدود التجربة الواعية او التي يمكن استدعاؤها ، ولا يمكن توسيع هذه الحدود تحت الظروف الاعتيادية التي يعمل فيها الوعي . وحتى لو استطاع الانسان ان يتعدى جميع حدود وعيه لنفسه ، فان مــا يبلغه في هذا السعي مقيد بعوامل عدة اهمها مدى مقدرته على التجرد في تأمله عن تأكيد بعض ما يناسبه من تجارب الوعي ، والتعامي عن ، او طمس ، ما لا يناسبه منها . وبسبب هذه الحقيقه ، فان مـــا تأتي به عملية التأمل الذاتي من افادات لا يمكن اعتبارها مساوية لحالة الوعي . ويرى علمـــاء النفس ان الذي يحدث في حياتنا العقلية ، اننا نحتفظ في مجـــال وعينا بتلك التجـــارب العقلية التي تعتبر مقبولة لنا ومرضي عنها اجتماعيا ، كما اننا نبعد عن مجال وعينا تلك التجارب والافكارالتي لا تعتبر مقبولة اجتماعيا او شخصيابسبب تعارضها المادي او المعنوي مع قوانين المجتمع المادية والخلقية . وعلى عكس ما

هو منتظر ، فان التجارب والافكار التي يبعدها الفرد بسبب تعارضهـا مع مثله الفردية والاجتماعية هي اكثر قوة دافعة ومسيرة لسلوك الانسان ، واهم اثرا في تكوين حياته العاطفية . ومع انه لا يمكن التقليل من اهمية « العقل الواعي » في حياتنا العقلية الا انه ينبغي علينا النظر الى مـا يعيه الفرد عن نفسه بانه مظهر خارجي فقط للقوى والمؤثرات العقلية المختلفـة التي تتزاحم عليه من الداخل . ومحتويات العقل الواعي في الفرد السوي وفي الظروف الطبيعية مـــا هي الا « حصيلة وسط » لهـــذه القوى والمؤثرات ، وان هذه الحصيلة الوسط هي التي تعطي الانسان صفة التوازن العقلي التي يعرف بها والتي لا بد من المحافظة عليها للابقاء على هذا التوازن بينه وبين نفسه من ناحية ، وبينه وبين محيطه من ناحية اخرى . اما حقيقة التجارب العقلية وطبيعة القوى والمؤثرات التي يخضع لهـــا الانسان ، فهي في معظمهـــا غير واعية وغير خاضعة للتأمل والبحث الذاتي . وادراك هذا الواقع هو الذي دعى الى افتراض قيام كيان عقلي اخر في حياة كل منا يستوعب ما لا نعيه عن انفسنا وما لا نذكره من تجاربنا العقلية الماضية. وقد نجم عن هذا الافتراض الاصطلاح المعروف باللاوعي او اللاشعور. او العقل الباطني.

٢ - اللاّوعي :

وهو المجـــال الثاني من حدود الحياة العقلية للفرد ، وهذا المجـــال على خلاف المجال الاول (الوعي) ، لا يدركه المرء ولا يعيه ولا يعلم بما فيه من تجارب ودوافع واتجاهات ، كما انه لا يستطيع النفاذ الى مـا يحويه بالبصيرة او التفكر او التأمل . لقد ادرك الكثيرون من المفكرين في الماضي بان بعض المظاهر السلوكية والانفعالات العاطفية التي تعرض في حياة المرء ، لا يمكن ربطها بارادة الفرد الواعية ولا يمكن تعليلها حسب القوانين السببية ، وقد رد بعضهم مثل هذه المظـــاهر « اللا ارادية » الى فعل الارادة الشاذة او الى فعل قوة مؤثرة مسيرة خارجة عن نطاق الفرد. على ان القلة من المفكرين قد افترضت وجود ناحية غير منظورة من حياتنا العقلية ، واسندت اليها المقدرة على التأثير في سلوكنا وتفكيرنا الواعي وانفعالاتنا العاطفية . غير ان مثل هذا الافتراض لم يبلغ مرتبة البرهان

الا ً على يد فرويد في اواخر القرن التاسع عشر ، عندمـا اثبت فرويد بطريقة التنويم اولا وبطريقة التحليل بالتداعي الحر Free Association بعد ذلك، أن من الممكن للفرد ان يستعيد بعض التجارب المنسية في حياته . وقد بين فرويد ان في استعادة هذه التجارب المنسية ومواجهة المريض لها في الواقع من جديد ، ما قد يؤدي الى زوال الحالة المرضية. وقد رأى فرويد ان عملية الاستعادة تبرهن بشكل واضح على وجود حيز آخر مغمور من حياتنا العقلية، واعطي لهذا الحيز اسم « اللاوعي »، واعتبرة الحيز الاكبر والاهم في حياتنا العقلية وخصة بما يزيد على العقل الواعي من القوة الدافعة للسلوك والانفعالات العاطفية والاتجاهات المختلفة للشخصية في الاحوال الطبيعية والمرضية .

لقد اعتبر فرويد ان كل عملية عقلية هي في الاساس غير واعية ، وان من الممكن لمثل هذه العمليات العقلية ان تصبح واعية تحت ظروف معينة . وكان فرويد يرى ان العقل اللاواعي يتضمن الدوافع والقوى الغريزية البدائية التي تؤثر في سلوكنا بدون ان نستطيع ابدا وعي مصدرها ، كما انه يتضمن بالاضافة اليها مجموعة كبيرة من التجارب العقلية المصبوغة بالانفعالات العاطفية والتي كانت واعية يوما بدرجة ما ثم امتنعت على الذاكرة . وقد رد فرويد هذه التجارب الى زمن الطفولة . وخص التجارب الجنسية الفاشله او المكبوتة في هذه الفترة من حياة المرء بالقدر الاعظم من كيان اللاوعي .

لقد اعترض الكثيرون على فرويد واتباعه من اصحاب المدرسة التحليلية فيما يخص مجال اللاوعي ومحتوياتـــه واهميته الدينامية في تطوير الشخصية السليمة والمرضية . ومنهم من ذهب الى حدود ابعـد من التشكيك في صحة وجود اللاوعي ، استنادا الى عدم توفر الدليل العلمي والبرهان المادي على هذا الوجود. ومع ان فرويد ادعى في حينه ، بان ما افترضه من وجود العقل اللاوعي يستند على اسس علمية ، الا ان اسلوبه ونتـائجه لا تعزز هذا الادعاء . ولعل فقدان البرهان على هذا الوجود هو الذي دفع الماديين من العلماء الى اهمال فكرة اللاوعي وما تولد عنها من طريقتي التحليل النفسي والعلاج النفسي . على ان فشل فرويد

واتباعه حتى الان من تقديم الاثبات العلمي على قيام « اللاوعي » ، لا يكفي لرد افتراض وجوده . اذ ان هنالك شواهد كثيرة تدلل على هذا الوجود وهي من الاهمية بحيث لا يستطيع أحد اغفالها . فالمحتويات العقلية التي تعرض في الاحلام ، والتجارب المنسية التي تستخرج بعمليات التنويم او الاسترسال ، وحالات تصدع الوعي ، كما في تعدد الشخصية والنومشة (المشي اثناء النوم) وفلقان اللسان ، فهذه وغيرها تشير الى وجود ناحية متسترة من حياتنا العقلية لا نعي بوجودها ، ولكنها في نفس الوقت ذات اثر فعال في توجيه سلوكنا وانفعالاتنا العاطفية وفي توجيه تفكيرنا الواعي .

لعل من الخطأ قبول ما يفترضه اصحاب المدرسة التحليلية ، من وجود كيان عقلي مستقل في اللاوعي له قوانينه وتفاعلاته ووسائل التعبير عنه . والاتجاه العلمي الحديث الذي يقر بوجود الظواهر التي تدلل على وجود مؤثرات لا شعورية في حياتنا العقلية لا يرى فروقا واضحة بين الوعي وما يسمى باللاوعي . وينظر الى الجزئين منهما نظرة متكاملة في نطاق عمليات التذكر والنسيان التي هي من خصائص الجهـاز العصبي . وهذه العمليات متصلة اتصالا وثيقـا بالتفاعلات الكيمياوية الكهربائية التي تثيرهـا التجربة الحسية والعاطفية والادراكية في مجموعات معينة من خلايا الدماغ . وتذكر الانسان او نسيانه لتجربة معينـة مرت به ، يعتمد على الاساس المـادي الذي قد تثبته هذه التجربـة في مناطق الدماغ المختصة بوظيفة الذاكرة . ومع انه لم يتأكد بعد تحديد المناطق المختصة بالذاكرة ، ولا طبية الاساس المـادي لعملية الذاكرة ، الا ان من الثابت ان بعض اجزاء الدماغ اكثر من غيرها اختصاصا بعملية خزن الذاكرة ، وان اصابة هذه المناطق يؤدي عادة الى اضطراب في عمليات التذكر والحفظ . وقد اظهرت بعض التجارب التي قام بها بنفيلد Penfield على الدماغ ، ان اثارة بعض المناطق الدماغية بتيار كهربائي قد ادى الى تذكر الفرد لبعض التجارب والاحساسات المنسية والخارجة عن نطاق الوعي . وقد حملته هذه الملاحظات على الاعتقاد بوجود اساس مادي في الدماغ تخزن فيه التجربة العقلية سواء

تذكرها الانسان او لم يتذكرها . ان نسيان الفرد لتجربة ما في اي دور من ادوار حياته ، لا يعني انعدام الوجود لهذه التجربة ، وانما استقرارهـا بشكل مادي معين في خلايا معينة في الدماغ ، وان من الممكن استعادة مثل هـذه التجربة اذا توفرت الاثارة الملائمة لذلك الجزء من الدماغ الذي استقرت فيـه التجربة المنسية . ومن الناحية النظرية فما من شيء ينسى تماما مهما كان ضئيلا او بعيدا في الماضي . وان بالامكان استعادة كل ما مر بالانسان من تجارب سابقة . غير ان ما هو ممكن نظريا لا يتحقق بالفعل « بالنظر لمـا يطرأ على التجربة الواحدة من تفاعلات مع غيرها من التجارب السابقة واللاحقة ممـا قد يطمس معالمها ويغير الكثير من مظاهرها الاولى . على ان بعض التجارب المنسية قد تكون من الشدة والوضوح ، بحيث تظل على صورتها الاولى وبهذا فمن الممكن استعادتهـــا بالطريقة الملائمة بدون تغير او تبديل في جوهرها . ثم ان في نسيان تجربة نفسية معينه لا يعني انتهـاء الفعالية لهذه التجربة . فقد يكون في الاثر الفسيولوجي العصبي الاول الذي اثارته هذه التجربة ما يؤثر في طبيعة التفاعلات الفسيولوجية التي تأتي بسبب التجارب الاخرى في المستقبل . وقد يؤدي تردد تجربة الى احداث حالة دائمة من التفاعل العصبي تؤثر في جميع التفاعلات العاطفية والمظاهر السلوكية للفرد . ويتم ذلك في الوقت الذي نسي فيه الفرد وقوع هذه التجارب ، او انه لم يدرك او يفطن الى العلاقة بينها وبين انفعالاته الحالية .

ان هذه الافتراضات المادية القائمة على اساس من فسيولوجية الدماغ قد تكون اكثر قربا من الواقع الفعلي واكثر قبولا في تفسير ما يعرف باللاوعي . وعلى كل حال فهنالك التقاء بين النظرية التي جاء بها فرويد عن وجود اللاوعى وبين النظرية العلمية التي تقر بتوفر مجال غير واعي من العمليات العقلية في حياة كل فرد. واذا كان فرويد قد اعطي اللاوعي كيانا افتراضيا لا يستند على اساس مـادي فهذا لا يكفي لرد افتراضه . وكل ما يلزم هو اعادة بناء نظرية فرويد بالشكل الذي يسمح بالبحث فيها والبرهنة عليها علميا وماديا . والى ان يكون ذلك ممكنا ،

فلا بد لنا من قبول الافتراض بأن الجزء الاكبر وربما الاهم من حياتنا العقلية ، هو محجوب عن وعينا وامكانية تأملنا له ، وان ما نشعر به ونفكر به وما يظهر علينا من السلوك ، يحمل في جوهره اثر هذه الحياة العقلية المحجوبة والتي يعبر عنها باللاوعي . وقد يبدو لاول وهلة ان اللاوعي هو خطر على توازن الحياة العقلية الواعية ، بما له من سلطان على مظاهر الفكر والسلوك والعاطفة في حياة الفرد ، وان من طبيعة هذا المجال اللاوعي من العقل ان يقحم نفسه في عمل الوعي فيعطل عليه فعله وتوازنه ، على ان هذا الافتراض غير صحيح . فوجود اللاوعي بمعناه النفسي او المادي الفسيولوجي ضرورة للتوازن النفسي في حياة كل فرد . فما من احد يستطيع الاحتفاظ في ذاكرته الحية بكل درجة ونوع من التجارب الحسية والعقلية والعاطفية التي تمر به . اذ ان في احتفاظه بها جميعا ، عملية غير اقتصادية بالنسبة للدماغ تعرض وظيفته للاضطراب ، ولا بد من استقرار بعض هذه التجارب في « اللاوعي » تسهيلا لعمليات الفكر ، ولا بد من الابقاء على حيوية هذه التجارب في اللاوعي للمساعدة في بناء مجموعة من التفاعلات التلقائية التي تعين الفرد على تكييف نفسه وتصريف الكثير من حاجاته بدون عناء التفكير الواعي فيها . وهذا ما يحدث فعلا في الحالات الطبيعية في الانسان . اما في الحالات المرضية النفسية منها او العقلية ، فالذي يحدث هو اختلال في عملية التوازن الطبيعية القائمة في مجالي الحياة العقلية ، الوعي واللاوعي . واختلال التوازن هذا يجب ان لا يحمل على الاعتقاد بالتضارب بينهما في الاصل ، بقدر ما يدعو الى الاعتقاد بوجود التكامل بينهما . فالحياة النفسية للفرد متكاملة في نطاقها الواعي وغير الواعي ، وما سلوكنا الطبيعي الا تعبير عن هذا التكامل . واضطراب التوازن النفسي للفرد ما هو الا مظهر لاضطراب هذا التكامل مهما كانت الاسباب الداعية او المؤدية اليه .

٣ - ما وراء الوعي[١] :

هنالك حد ثالث من حدود العقل لا يمكن ربطه بالتجربة الواعية ولا بالتجربة اللاواعية لاختلافه عن التجربتين معا ، اذ ان ما يظهره هذا المجال لا يمكن ان

يكون من التجارب التي يدركها الانسان في حاضره، او ان يكون من التجارب التي عبرت به في الماضي واستقرت في حيز اللاوعي . فالتجربة التي يدركها المرء في هذا المجال هي تجربة جديدة في صفاتها الحسية وعلى ذلك توجب اعتبارها من امكانيات العقل لا من تجاربه . وفي هذا ، يبرر استعمال الاصطلاح «ماوراء الوعي» للتدليل على هذا الحد الثالث من حدود العقل .

لقد تمكن الكثيرون في تأريخ البشرية من الدخول الى هذا المجال الثالث من الحياة العقلية . وجاء بعضهم من متصوفين ومتأملين وشعراء وامثالهم يروي لا نظير لنا في تجاربنا الحسية او العقلية . والقارىء لاوصاف هذه التجارب لا يستطيع تفهمها وادراكها بمقارنتها بتجربة مماثلة من عنده . وانما يستطيع فقط تعيين ابعادها عن تجاربه الطبيعية . ويمكن اعتبار الامراض العقلية ، وخاصة مرض الشيزوفرينيا ، مظهرا من مظاهر هذا الحد الثالث للحياة العقلية ، ذلك ان ما يتحسس به المريض بالشيزوفرينيا وما يصفه من تجربته العقلية لا يشبه في شيء اي تجربة عقلية مرت بنا. ولهذا فلا يتيسر لنا الوصول الى عالمه ومشاركته فيه . وكل ما يمكن لنا هو محاولة الاجتهاد الفكري لادراك هذا العالم من ناحية اكاديمية فقط .

في خلال السنوات العشرين الاخيرة منذ اكتشاف مادة المسكلين Mescaline وبعدها لمادة ال (ل س د ٢٥ LSD 25) ، تبين ان استعمال هاتين المادتين في ظروف تجريبية يؤدي الى تحسس الفرد باحساسات غريبة لم يجربها في الماضي ومنها التداخل الحسي الذي يمكنه من ان يدرك الحس على غير صورته فيسمع الالوان ويرى الصوت مثلا ، كما ان الزمن بالنسبة له يصبح امرا منفصلا ، وقد يصاب بشعور التجرد عن ذاته الى غير ذلك من الاضطرابات. وقد لوحظ ان ردود الفعل لاستعمال هذه الادوية غير متساوية وأنها تختلف بين فرد وآخر تبعا للامكانيات الشخصية لكل فرد . ولما كانت بعض النتائج لاستعمال هذه العقاقير مشابهة الى بعض الامراض العقلية وخاصة مرض الشيزوفرينيا ، فقد اوحي ذلك بالرأي ان هذا المرض مسبب عن تمثل مادة مشابهة في طبيعتها او مفعولها لهذه

المواد ، كما ادى هذا الرأي الى ابحاث كثيرة لاثبات احد الامرين . غير ان هذه الابحاث لم تؤدي الى نتيجة تؤيد مثل هذا الرأي . ومع ذلك فما زالت هذه العقاقير ذات اهمية كبيرة للبحث عن طبيعة الامراض العقلية، كما انها تستعمل في بعض الحالات لاغراض تشخيصه تستهدف اكتشاف الامكانيات العقلية للفرد قبل ظهورها . وفي السنوات الاخيرة انتشر استعمال هده العقاقير بشكل واسع وخطير وخاصة في امريكا . وقد شجع هذا الانتشار ما كتبه المفكر والروائي المشهور الدوز هكسلي Aldous Huxley عن تجاربه الخاصة اثناء استعماله لمادة المسكلين التي بين فيها ان المادة تفتح آفاقا جديدة وواسعة وغير منظورة امام العقل الانساني . وقد نتج عن تيسر هذه المادة الكثير من سوء الاستعمال مما دفع الكثيرين الى المطالبة بمنع صنع هذه المواد الا لاغراض البحث العلمي .

الكبت

Repression

الكبت عملية عقلية يلجأ اليها المرء للتخلص من شعور القلق والضيق الذي يعانيه بسبب ورود عوامل متضاربة القيم والاهداف في نفسه . وبهذه الوسيلة يستطيع الفرد ان يبعد عن ادراكه الواعي تلك الرغبات والدوافع والحاجات التي لا يتفق تحقيقها مع القيود التي بنبت في نفسه على شكل مثل وقيم وتقاليد ، وبابعادها او كبتها الى ما يسمى باللاوعي ، فان الفرد يضمن لنفسه حـــالة من الهدوء العقلي والاستقرار النفسي ومثل هذا الاستقرار والهدوء ضرورة تتطلبها طبيعة الجهاز العصبي للانسان ، وهو جهاز لا يحتمل الاثارة الدائمة الناتجة عن الصراع الدائم بين عوامل متضاربة ، كما لا يحتمل الفشل الدائم والنـاتج عن الاخفاق في ارضاء الاثارات المتعاقبة التي تتوارد عليه من الداخل او الخـارج ، ولا بد بسبب ذلك من ان يزود الجهاز العصبي بوسيلة تمكنه من نفي او تحييد حالة الصراع هذه ، ويأتي ذلك بابعادها ونسيانها . وبهذا تظل بعيدة عن حدود التأمل والتذكر مما يجنب الفرد الشعور بالقلق الذي يتولد من بقاءهـــا واعية ظاهرة . في البدء تكون عملية الكبت عملية واعية تحتمها تجارب المقاومـــة والنهي التي يتعرض لها الطفل كلما ابتعد في تحقيق حاجاته البايولوجية عن الحدود المقبولة . وبالتدريج تصبح هذه العملية غير واعية وغير ارادية ، وتـتم بشكل تلقائي دون علم الفرد وتوجيهه . غير ان الفرد يظل محتفظا بقدر واسع من الوعي والتفهم لطبيعة العوامل والتجارب التي لا تتوافق مع مثله ومثل المجتمع ، فاذا ورد منها شيء احس بوعيه بالصراع بين الرغبة والخطر من تحقيقها مما يدفعه عادة الى تجنبها واغفالها او تبديدها وابعادها . وكل هذه عمليـات واعية من الكبت . غير ان الجزء الاكبر من عمليات الكبت يتم على مستوى

اللاوعي . وهذا امر منتظر بسبب اعتماد الكبت على حالات الصراع النفسي ومعظم هذه غير واعية .

ان التجارب المكبوتة لا تقتصر على الدوافع المتضاربة التي يتعذر تصريفها ، وانما يكبت معها الشعور العاطفي الناجم عن الفشل في تحقيقها ، سواء كان هذا الشعور على شكل الم او غيظ او خوف او قلق . وقد سميت التجربة المكبوتة مع ما اتصل بها من اطار عاطفي بالعقدة النفسية Complex . وكبت «العقدة» بابعادها عن مجال الوعي ، لا يفقدها قوتها المستمدة من طبيعة العوامل التي حركتها في البداية ومن الالم الناتج عن الفشل في تحقيق هذه العوامل ، بل تظل محتفظة بهذه القوة وتظل فعالة تحت ستار ظاهري من الهدوء . وبذلك تحدث اثرا عميقا في خصال الشخصية وفي مظاهر السلوك وفي طبيعة الآراء والمعتقدات والقيم المعنوية والروحية للفرد .

تبدأ عملية الكبت في الطفولة ، وهي بذلك ذات اتصال وثيق بعملية الصراع بين الرغبات من جهة وبين امكانية تحقيقها من جهة اخرى . وفي البداية تخدم عملية الكبت وظيفة تجنب الطفل للعقاب . كما تساعد في تبديد الالم الناتج عن الفشل في ارضاء رغباته . وهي الى جانب ذلك تخدم غرضا اجتماعيا ينظم سلوك الطفل وحياته العقلية ضمن القيم المتعارف عليها في المجتمع الذي يعيش فيه . غير ان عملية الكبت قد تصبح قاعدة في حياة الطفل بسبب ما قد يتعرض له من عوامل النهي من والديه او عائلته . ومتى حدث ذلك فان الطفل يكتسب حالته من التغير النفسي الداخلي الذي لا يسمح له بالتصرف الطبيعي حتى بالرغبات الممكن تطبيقها. وهذا يؤدي الى عمليات اضافية من الصراع والكبت وباستمرار ذلك فان اساسا شاذا من التكوين النفسي ينمو في شخصية الطفل وهذا بدوره يقرر طبيعة التفاعلات النفسية التي تحدث في المستقبل . وبسبب هذه الحقيقة فان علماء النفس التحليليون يرون في عملية الكبت اهم عملية عقلية في التكوين النفسي للفرد ، ويعتبرونها الاساس الذي تبنى عليه العمليات النفسية المختلفة ، وهم يردون المشاكل النفسية المختلفة التي يعانيها الفرد في حياته الى

اسس من الكبت قامت في زمن الطفولة . وقد يكون في ذلك مبالغة ، ذلك لان عملية الصراع تحدث باستمرار وفي جميع ادوار الحياة ، الا ان هنالك مع ذلك الكثير من الصحة في الرأي بأن صراعات الطفولة وما يصاحبها من كبت اهم اثرا من غيرها في تكوين الشخصية ، وانها تقيم نوعا من القابلية للتفاعل بشكل خاص يصعب تبديله وتحدية في المستقبل .

ان عملية الكبت التي تبدأ كوسيلة وقائية للمحافظة على التوازن النفسي للفرد من الداخل ، وعلى التوافق بينه وبين متطلبات المجتمع من الخارج قد تستمر في خدمة هذه الاغراض ، وتكون بذلك وسيلة بناءة تتناسب مع متطلبات الحياة النفسية السليمة . ولا بد لذلك من الابقاء على التجارب المكبوتة مقيدة في اللاوعي « ذلك ان ظهورها الى الوعي او التهديد بظهورها فيه ، قد يخلق حالة من القلق والاضطراب تضر بالتوازن النفسي للفرد . ولا بد لذلك من الابقاء على التجارب المكبوتة ضمن حدود اللاوعي ، فوجودها فيه ، مع ما في ذلك من امكانية القلق ، اقل خطرا من ظهورها في الوعي على طبيعتها الحقيقية . وقد يحدث ان الكبت وحده لا يستطيع السيطرة على حالة الصراع النفسي التي يعانيها الفرد في كيانه النفسي مما يؤدي الى شعور المريض بالقلق وهو نذير بانكشاف الصراع النفسي . وفي مثل هذه الحالة قد يضطر الفرد الى اللجوء الى احدى الوسائل النفسية الاخرى التي تساعد عملية الكبت في الابقاء على « العقدة » المكبوتة ضمن حدود اللاوعي ، كما تساعد على التقليل من حالة الحصر الداخلي الناجم عن الصراع النفسي المكبوت . وتعتبر هذه الوسائل النفسية وسائل «للتنفيس» تسمح بالتعبير عن بعض عوامل الصراع بشكل غير مباشر وتعطي مخرجا رمريا مقبولا لرغبات الفرد المكبوتة . وقد يتهيأ للفرد وسيلة او اكثر من هذه الوسائل تبعا لامكانياته وتجاربه وظروفه . ويتم ذلك كما هو الحال في عملية الكبت بشكل تلقائي غير واع لا سيطرة للفرد على توجيهه . وامعان النظر في هذه الوسائل يشير الى ان معظمها او كلها وسائل طبيعية ترد في حياة كل فرد منا وتخدم غرضا او اكثر من الاغراض الهامة التالية :

١ – وقاية الفرد من الشعور بالقلق .

٢ – المحافظة على توازنه وهدوءه العاطفي .

٣ – اعطاء الشعور بالاطمئنان

٤ – تبديد بعض الشعور بالحصر الناجم عن الصراعات النفسية الداخلية .

٥ – تقدم حلاً وسطا ومقبولا بين الدوافع الملحة التي لا يمكن تحقيقها ، وبين المثل والقيود التي تمانع في تحقيقها .

٦ – تسهل ارضاء بعض الرغبات التي لا يقبلها الوعي على حالتها الطبيعية ولا يمانع في ارضائها اذا جاءت بشكل متستر .

٧ – واخيرا فان هذه العمليات النفسية تساعد في الابقاء على كبت الصراعات النفسية وتمنعها من الظهور .

وفيما يلي بعض الوسائل العقلية التي تسند عملية الكبت ، وتعطي مخرجا لحالة الصراع النفسي الداخلي . ونقتصر على بحث الهام منها بشيء من التفصيل .

١ – **التعرف (التقمص)** : Identification وفي هذه الحالة يسعى الفرد لان يجعل من نفسه على صورة غيره . وهذا يتطلب ضما غير واع لخصائص شخصية الآخر الى نفسه . وتشمل هذه الخصائص السلوك والافكار والانفعالات العاطفية . واول محاولة يقوم بها الفرد للتعرف تبدأ في الطفولة عندما يسعى الى تقليد شخصية احد والديه . على انه بعد ذلك السن قد يتجه في عملية التعرف في مجال واسع الاختبار .

ان عملية التعرف تخدم اغراضا كثيرة وتعتبر وسيلة هامة لتحقيق الرغبات التي لا يستطيعها الفرد بنفسه ، فيقتنع بتحقيقها في حياة الغير ويرضاها لنفسه كأنه قام بها . والكثير من مظاهر التقليد وتعلق الفرد بغيره وعبادة الابطال ونزعات الاجرام ، ما هي الا حالات من التعرف . ومثل ذلك بعض نزعات العطف الاجتماعي والتحسس بمشاكل الآخرين التي ترد الى تعرف الفرد بغيره

ومقدرته على ان يضع نفسه مكان الآخرين وفي ظروفهم . وعلى الاجمال فان التعرف ربما كان من اهم العمليات النفسية الغير واعية من حيث تأثيرها في تكوين خصال الشخصية وفي بناء كيان المثل والقيم التي يواجه بها الفرد المؤثرات الخارجية والدوافع الداخلية في نفسه .

٢ – **التعويض** Compensation . ويعني محاولة الفرد للتعويض عن شعوره بالنقص ، سواء كان هذا النقص فعليا او متوهما ، وسواء كان جسميا او نفسيا او ماديا . والتعويض محاولة غير واعية للارتفاع الى المستوى الذي وضعه الانسان لنفسه ، او الذي فرض عليه من علاقته بالآخرين . وقد تدل محاولة التعويض على حاجة الانسان الكامنة للعطف والاهتمام والقبول من الآخرين . وفي الكثير من الحالات يأتي التعويض عن الشعور بالنقص بشكل ايجابي بنـــاء ، يعزز مكان الفرد في المجتمع ، ان التعويض في بعض الحـــالات قد يذهب الى حدود ابعـد في الاتجاه السلبي ، مما يؤدي الى ظهور الاضطرابات السلوكية المختلفـــة . وفي حالات معينة قد يدفع الشعور بالنقص الى التعويض عنه بالمرض كوسيـلة لجلب الاهتمام من الغير او السيطرة على حياتهم من ناحية اخرى .

٣ – **التبرير** Rationalization . وهو محاولة الفرد اعطاء اسباب مـبررة لسلوكه بشكل معين تستهدف بالدرجة الاولى اقنـاع نفسه بصواب مسلكه . وهي بهذا الشكل وسيلة دفاعية ترمي الى محافظة الفرد على احترامـــه لنفسه وتجنبه لشعور الاثم . وتعطيه الشعور بان مـــا قام به قد جاء بناء على تفكير ارادي منطقي معقول مع انه جاء في الواقع استجابة لدوافع غير واعية .

٤ – **التبديل** Subsitution وهو استبدال هدف او غرض او عاطفة لا يمكن قبولها على حالها بشيء آخر يمكن قبوله . وفي هذه العملية يكون الشيء الجديد اقل ضررا وايذاء لنفسية المريض . وتخدم عملية التبديل هذه غرض التقليل من شعور الاحتصار الناجم عن الفشل في الحصول على غرض معين ، بتقديم بديـل يعطيه بعض الارضاء لحاجاته . ويرى علمـــاء النفس ان الكثير من الاعراض

المرضية النفسية والعقلية تخدم غرض الارضاء الرمزي كبديل عن حاجات اخرى اساسية لا يستطيع الفرد الحصول عليها بالوسائل الطبيعية .

٥ – **الرمزية** Symbolization . وفيها تكتسب بعض المواضيع، وهي عادة خارجة عن النفس. صفة الكيان الرمزي لمواضيع او افكار او عقد نفسية في داخل النفس . والرمزية كعملية نفسية ، من اقدم مظاهر الحياة النفسية في تأريخ الانسان ، وهي تلعب دورا كبيرا في المعتقدات والتقاليد والمخاوف التي تتسم بها الكثير من الثقافات البشرية . والرمزية تكون جزءاً كبيرا من مظاهر سلوكنا الذي كثيرا ما يأتي بشكل تلقائي ودون ارادتنا . ولا يمكن تعليله الا على اساس رمزي لدوافع غير واضحة المعالم في حياتنا العقلية . وفي الامراض النفسية وحتى العقلية ، تلعب الرمزية دورا هاما في اختيار نوعية الاعراض المرضية . وينظر الى بعض هذه الاعراض وكأنها لغة خاصة (رمزية) « للعقد» النفسية التي يعانيها المريض ، وقد يكون من الممكن الاهتداء الى مفتاح لهذه اللغة الرمزية في الامراض النفسية على ان الامر اكثر تعقيدا في الامراض العقلية حيث يصعب او يتعذر في معظم الحالات ادراك العلاقة بين الرمز وبين الاصل.

٦ – **التصعيد** Sublimation . وفي هذه العملية يحول الفرد دوافعه ورغباته الغير مقبولة الى مجالات مقبولة شخصيا واجتماعيا . وهي بهذا الشكل من اكثر العمليات النفسية انتشارا في الكون . ويلجأ اليها معظم الناس بدون توجيه من وعيهم لتحقيق الرغبات الكامنة للفرد التي لا يمكن تحقيقها بشكل طبيعي مفيد او مقبول . وينظر الى الانتاجات الادبية والفنية على انها من مظاهر التصعيد لدوافع داخلية في النفس، وكثيرا ما تدلل هذه المظاهر على طبيعة هذه الدوافع. ويلاحظ كثيرا ان توقف الاديب او الشاعر او الفنان عن الخلق في مجاله قد يدفع الى ازدياد في صراعاته الداخلية مما ينذر بالمرض . وقد ادرك اطباء الامراض النفسية والعقلية اهمية التصعيد كوسيلة لتبديد الصراعات الداخلية وتحويلها الى مجالات مفيدة وسليمة ومقبولة شخصيا واجتماعيا ، كما انها تمكن الفرد من الابقاء

على هذه الصراعات مكبوتة وبعيدة عن الوعي . اما الفرد نفسه فقلما يدرك بان انتاجه الفني يستقي قوته الدافعة من عوامل بايولوجية الاصل كالرغبات الجنسية او روح التعدي او غيرها من الدوافع الغامضة والمحرك لسلوكه وانفعالاته .

٧ – **التصدع** Dissociation . وفي هذه الحالة ينشطر جزء من الشخصية عن وعي الفرد للشخصية بكاملها . وهذه العملية تحدث بشكل غير واع ، وهي تهدف الى اعطاء الفرد بعض التوازن عندما يصبح في وضع يخل فيه هذا التوازن في مقومات شخصيته . وتؤدي عملية التصدع الى التخلي عن ذلك الجزء من الشخصية الذي هو مصدر للالم العاطفي في حياة المرء . وهنالك مظاهر متعددة للتصدع كازدواج الشخصية وتعدد الشخصية وفقدان الذاكرة ، والنومشة والاغماء والهروب وغيرها من المظاهر التي سيرد تفصيلها في بحث مرض الهستيريا .

٨ – **الفانتزي**(Fantasy) والاحلام . الخيال جزء هام من الحياة العقلية للانسان، ويعمل جنبا الى جنب مع التفكير الواقعي. ويعتبر الخيال وسيلة لتجنب الشدة التي يفرضها الواقع على وعي الفرد . كما انه يفيد في ارضاء بعض الدوافع التي لا يمكن ارضاءها في الواقع. والخيال على ذلك يأتي كوسيلة لانقاذ الفرد من الارتباك الذي قد تحدث له في تماسه في الواقع . ولكي يكون الخيال طبيعيا يجب ان يكون قابلا للضبط من قبل التفكير الواقعي للفرد . واذا تعذر هذا الضبط فان الفرد قد يمعن في استبدال الواقع بالخيال والعيش في حدوده . وهنالك درجات من التخلي عن الواقع منها احلام اليقظة ومنها التفكير الفانتزي، وفيه يمعن الفرد في الخيال فاقدا الصلة بين نقطة الابتداء والانتهاء في تفكيره . وفي الحالتين يكون التخلي عن الواقع واستبداله بغيره وسيلة لحل الصراع النفسي، وفي الحالتين قد يجد الفرد نفسه ملزما ومدفوعا الى اللجوء بشكل متزايد ومستمر الى التخلي عن الواقع واستبداله بالخيال ومتى حدث ذلك كان الأمر نذيرا بانقطاع صلة الفرد مع واقع الحياة، وهذا ما يحدث في بعض الافراد الذين يتميزون بالشخصية

الانطوائية وقد يؤدي ذلك في النهاية الى الاصابـة بمرض الشيزوفرينيا في من عندهم الاستعداد لذلك .

ان عمليه التخيل عملية طبيعية في حياتنا العقلية ولا يمكن التخلي عنهـا كليا . ومن الواجب تشجيع وجودها وبقائها في حياة الطفل . وعدم النهي عن تمتع الطفل بها بين الحين والآخر . والا دفعه واقع الحياة الى اضطرابات اخرى في السلوك والعاطفة والتفكير . على انه يتوجب ملاحظة المدى الذي يركن فيه الطفل الى عالم الخيال . ويجب رده الى حدود الواقع اذا ما ظهر انه يميـل الى استبداله بشكل واضح . ومن المظاهر السلوكية المتصلة بالخيال عملية الاستمناء (العادة السرية) . وقد ترتبط درجة اللجوء اليها بدرجة لجوء الطفل الى التخيل وقد تدفعه الى الامعان فيه . وخطرها من هذه الناحية يزيـد كثيرا على اي ضرر بابولوجي يأتي من الاكثار من استعمالها .

وهنالك الى جانب هذه العمليات التي هيأتها الطبيعة ووضعتها تحت تصرف عقل الانسان ، عمليات اخرى اقل شأنا . وهي تخدم ايضا وظيفـة العمليات السابقة الذكر في اعانة الفرد على تحمل صراعاتة النفسية والابقاء عليهـا مقيدة بحيث لا تطغي على الوعي ولا تؤدي الى انهيار التوازن النفسي الداخلي للفرد . ومن هذه العمليات الانكار Denial ، والازاحة Displacement ، والنكوص Regression ، والدمج Incorporation ، والتمثل Introjection، والدفـع او التبرؤ Projection ، وغيرها من العمليات النفسية التي لا نجد ضرورة لبحثها بالتفصيل .

الصِّرَاع النَفسِيُ

Mental Conflict

الصراع النفسي ، هو ذلك النزاع الذي يقوم بين رغبات الفرد ودوافعه وغرائزه الاساسية من ناحية ، وبين مقاييسه ومثله الاجتماعية والخلقية والشخصية من ناحية اخرى . وقد يكون هذا الصراع واعيا جزئيا او كليا ، وقد يكون على مستوى غير واع تماما . والصراع النفسي الغير واعي هو الاكثر اهمية في تطوير الشخصية واعطاء معالمها وفي احداث الاضطرابات النفسية . ان الطفل يولد وهو متزود بمجموعة من الدوافع الغريزية التي تسعى الى الارضاء والاشباع. ويعتبر هذا الارضاء امرا لازما ، ويكون استجابة طبيعية وضرورية للدوافع البايولوجية التي اختص بها الطفل بحكم تكوينه . ولا يلاقي الطفل الصغير عادة ممانعة في ارضاء هذه الدوافع ، وعلى الاقل ، فان اي ممانعة او تقصير في الارضاء لا يأتي من جانب الطفل نفسه لعدم وجود جهاز نفسي للمنع (الضمير) في مثل هذا السن المبكر . وبازدياد نمو الطفل ، يزداد وعيه لرغباته وتحسسه بدوافعه ، ويصاحب هذا الازدياد ادراك متزايد بان ارضاء بعض هذه الرغبات والدوافع بشكل واضح وتام ، لا يتفق مع القيود والنواميس والقيم والمثل والعادات المرعية والمعمول بها في المجتمع الذي يعيش فيه ، سواء كان ذلك في حدود علاقته مع والديه ، او ضمن نطاق العائلة ، او في حدود المجتمع بمعناه الواسع . وبالتدريج يتمثل الطفل في نفسه هذه الموانع وتصبح له بمثابة الضمير ، وتكتسب قوة قد لا تقل في فعاليتها عن القوة الكامنة من الدوافع والرغبات التي يسعى لتحقيقها . ومع ان بعض مظاهر الضمير والمثل الشخصية للفرد تكون واعية ، الا ان معظمها يكمن في نطاق اللاوعي ويعمل فعله الرقابي المانع بصورة تلقائية وغير واعية . وهكذا فان الفرد في ادوار نموه من الطفولة الصغيرة الى ما بعدها ، يتعرض تدريجيا وبشكل متزايد الى صراع بين قوتين

متعاكستين ومتضاربتين في الاتجاه ، القوة الاولى تسعى الى التوافق مع العادات والتقاليد والقيم التي اكتسبها الفرد من العائلة والمدرسة وللمجتمع ، والقوة الثانية (ومعظمها غير واع) تهدف الى ارضاء الدوافع والرغبات والحاجات في نفسه . وهذه الحيرة والنزاع بين القوتين هو ما يعبر عنه بالصراع النفسي ، وهو صراع داخلي يقع بين جزأين مختلفين من اجزاء الشخصية . وتفيد النظرية التحليلية النفسية ، ان الكثير من الصراعات النفسية نجد اصولها في تجارب الطفولة ولكنها بسبب عملية الكبت ترسب في اللاوعي وتصبح بعيدة عن الادراك .

*

ان التأمل في هذا الواقع النفسي يدل على ان الفرد يجد نفسه معرضا لنزاع مستمر بين دوافع متضاربة في طبيعتها متعاكسة في اهدافها . وتبدو النفس وكأنها مقسومة على نفسها اي هدف تتبع ، الرغبة او المنع ، الحب او الكراهية التعدي او التسامح ، القبول او الرفض ، الاطاعة او التمرد . ولو ترك هذا الصراع يؤكد نفسه على طبيعته ، ولو استطاع الفرد ان يعي هذا الصراع على حالة ، لوجد الفرد نفسه مدفوعا في آن واحد الى نوعين متضاربين في السلوك ، ولادرك في نفسه تضارباً شديدا في العاطفة والفكر ، ولادى ذلك الى حالة من الضيق والحصر وعدم الاستقرار . على ان من مهام الشخصية ، وهو امر كامن في طبيعة الانسان وتكوينه ، ان تسعى الى اقامة نوع من التوازن بين هذه الدوافع والاهداف المتضاربة . وراحة الفكر واستقراره ، والهدوء النفسي في الداخل ، وعملية التكيف مع المحيط من الخارج ، تعتمد اعتمادا كليا على مقدرة الشخصية على تناول الدوافع المتضاربة والتوفيق بينها بشكل يعطي القناعة للقوى المتنازعه عليها . وعملية التوفيق والتوازن هذه ، كعملية الصراع ، دائمه مستمرة ، والوسائل المستعملة في تحقيقها كثيرة ومتعددة ، ومعظم هذه الوسائل خارجة عن نطاق الارادة والوعي ، وقد تبلغ حدودا بعيدة من التمويه

والتعقيد بحيث يصعب ادراكها وتفهمها بسهولة .

ان الكثير من الصراعات النفسية ، كما ذكرنا ، نجد اصولها في تجارب الطفولة ودرجة النجاح في اقامة التوازن والتوافق بينها ، تقرر الى حد كبـــير معالم الشخصية كما تقرر الاساس الذي يرد اليه كل صراع نفسي لاحق في المستقبـل . وبذلك فان كفاءة الشخصية على التكيف في الكبر في وجـه التيارات النفسية المتنازعة عليه ، تعتمد على القدر وعلى الاسلوب الذي استطاع بواسطته الطفل ان يواجه المشاكل والاتجاهات المتضاربة التي تعرض لها في طفولته . ومع ان من الممكن اجراء تحوير في مقدرة الفرد على مجابهة الصراعات النفسية في الكبر، الا ان هذه المقدرة تتحدد تبعا للنجاح او الفشل الذي ادركـــه الفرد في زمن الطفولة . ومتى وضع هذا الاساس واتخذ طابعا ثابتا بنتيجة توالي التجـارب ، فسيكون من العسير ابطال ما لهذا الاساس من اهمية في تقرير طبيعة التفاعلات التي تحدث تلقائيا بسبب تجارب المستقبل . ويعتقد بعض الناس خطأ ان مجرد الوصول الى الصراعات النفسية والعقد المكبوتة ، سيؤدي الى التفريج عن حالة المريض النفسية. مع ان مثل هذا الوصول قد لا يتعدى في اهميته مجرد الدلالة او نقطة الابتداء في عملية اكثر اهمية واشد تعقيدا ، وهي اعادة بنـــاء التكوين النفسي للفرد على اسس جديدة تباعد بينه وبين ضرورة التعرض الى صراعات نفسية جديدة . وينظر علماء النفس التحليليون الى هذا الاسلوب بانه العـــلاج النفسي الصحيح. ويرى اصحاب المدرسة البافلوفية ان ابطال فعل الاساس الاول للتكيف يتم لا عن طريق التحليل النفسي او العلاج النفسي وانما عن طريق ابطال الارتباطات الشرطية في التفاعل السلوكي وتكوين ارتباطات شرطية جديدة اكثر ملائمة لحاجات الفرد وظروفه وحياته العقلية .

التجربة العقلية تجربة فردية

الحياة العقلية للفرد ، هي حصيلة التفاعل المستمر بين الامكانيات البايولوجية للانسان بما في ذلك الدماغ ، وبين مجموعة التجارب التي يتعرض لها في حياته وهذا التفاعل عملية مستمرة ومتواصلة تبدأ منذ تكوين الجنين ولا تنتهي الا بانتهاء الحياة . ولما كانت الامكانيات البايولوجية لاي فرد ما لا تتساوى تماما مع الامكانيات البايولوجية لاي فرد آخر ، فان امكانية التساوي بين الناس في حصيلة هذا التفاعل بين الفرد ومحيطه امر متعذر الوقوع . ومن ناحية اخرى فان ظروف الحياة والمحيط التي نتعرض لها ، وان بدت متشابهة ومتساوية، غير انها لا بد ان تتفاوت في قوتها وطبيعتها وفي وقعها بين فرد وآخر . ولهذا فلا بد ان تأتي التجربة العقلية مختلفة الصورة والخصائص حتى ولو تساوت الوراثة كما هو الحال في التوائم المتشابهة ، وحتى لو اخضع بعض الناس الى عوامل تجريبية متساوية قياسيا من جميع الوجود.

ان معظم الناس يخلقون ولديهم استعدادات بايولوجية متشابهة تقريبا . ومنذ الصغر تبني التجربة الحياتية على اساس تماس الفرد مع محيطه لتحقيق اهداف هذه الاستعدادات والامكانيات البايولوجية . ومنذ اللحظة الاولى لهذا التماس ، يتولد رد الفعل الاول الذي يعطي مفهوم التجربة العقلية الأولى حتى ولو لم يكن بالامكان ادراكها بالوعي كتجربة عقلية . ومنذ هذه البداية الأولى ، تتابع سلسلة من التفاعلات يكون فيها للتجربة الأولى تأثيرها في التجربة التالية، والثانية في التي تأتي بعدها ، وهكذا مما لا حد له من عمليات التأثير والتفاعل . ولهذا السبب فان كل عامل في المحيط لا يقتصر اثره على موضوعه المادي ، وانما يتعداه الى ما يضفي عليه من قيمة خاصة تزيد او تقلل من اهميته المادية، وذلك تبعا لتجارب الفرد السابقة التي تقرر حالة التوجه الذهني للفرد بالنسبة لذلك الموضوع ، كما تقرر مدى تفاعلاته العاطفية بالنسبة له . وعلى هذا فان المحيط

يعطي الفرد المادة للتحسس بها ، اما درجة هذا التحسس واتجاهه والصورة التي يدركها عليه فهي تعتمد على خصائص الفرد الداخلية المستمدة من تجارب الماضي .

ان عملية التفاعل بين الفرد ومحيطه ، عملية تسير في سياق غير منقطع ، وهي كما اتضح لنا تعطي الفرد تجربة عقلية خاصة في حدودها ، وطبيعتها . وهذه التجربة لايمكن ان تتماثل بين فردين تماثلا تاما مهما اشتدت قرابتهما وتساوت ظروفهما . حتى الفرد نفسه فقلما تتساوى تجربته العقلية في ظروف متماثلة في زمنين متباعدين . واذا ادركنا ذلك فان بامكاننا ان نتفهم اسباب الاختلاف بين الناس في مظاهر السلوك والعاطفة والتفكير . كما ان في ادراك ذلك ما يسهل علينا الاجابة على اسئلة واردة معينة مثل لماذا يصاب شخص بمرض نفسي او عقلي ولا يصاب غيره ؟ ولماذا يصاب احدهم بمرض في الوقت الذي يصاب فيه وليس من قبل ؟ ولماذا يصاب الفرد برد فعل مرضي معين في وقت ما وبرد فعل مرضي آخر مختلف في وقت آخر ؟. وغيرها من الملاحظات التي تدلل كلها على ان التجربة العقلية تجربة خاصة وفردية ، وانه لا يمكن القياس عليها ، وان ردود الفعل المرضية تتصف حتما بالمظاهر الخاصة للتجربة العقلية للفرد .

انواع الشخصيّة وَانحرافاتهـا

لو كان بالامكان ايجادمقاييس علميةودقيقة توزن بها جميع العوامل والمظاهر المكونة للشخصية ، ولو طبقت هذه المقاييس على كل شخصية في الوجود ، لتبين لنا بان هنالك من انواع الشخصية اعدادا تساوي تماما اعداد الناس . ومن حسن الحظ فان هنالك تقاربا كبيرا بين الناس في الخصائص الاساسية لشخصيتهم مما يوفر على العلم المشقة الهائلة في ايجاد تصنيفات لا حد لها من انواع الشخصية .

لقد اصطلح في علم النفس وفي علم الاجتماع ، على ان الشخصية الطبيعية هي التي يجمع صاحبها في نفسه معدلا متوازن التركيب من الخصائص الانسانيةالتي يتقبلها المجتمع بانها في حدود الاعتدال . ومع التفاوت في المقاييس الوصفية التي تتبعها المجتمعات المختلفة في الحكم على الافراد فيها ، الا ان هنالك اتفاقا كبيرا بينها في تقريرخصائص الفردالسوي . ثم ان المتتبع لاوصاف الانسان عبر عصور التأريخ، كما وصلتنافي مختلف الروايات والآثار، لايجد فرقا يذكر بين شخصية الانسان الطبيعية وانحرافاتها في الماضي البعيد وفي الزمن الحاضر . فما وصف به الانسان السوي وغير السوي في تلك العصور ، ينطبق تماما على وصف الانسان المعاصر . وهذا يدل على ان المعالم الاساسية للشخصية الانسانية ثابتة ، وان عمليات التطور المؤثرة في طبيعة الانسان عمليات بطيئة ، وان الشخصية الانسانية في معالمها الاساسية ، هي تعبير عن مدى التطور في الجهاز العصبي للانسان ، وان المحيط على اهميته لا يستطيع ادخال اي تأثير جذري على هذه المعالم الاساسية . واذا كانت بعض العوامل المحيطية في فترات مختلفة من التأريخ قد اعطت للافراد في المجتمع بعض الخصائص الفكرية والسلوكيةالخاصة، فان ذلك لا يعتبر تحويرا في طبيعة الانسان بقدر ما يعتبر اظهارا لامكانياته . وهذه الامكانيات لا تختلف بين زمن وآخر . وبين محيط وآخر .

ان معظم الناس في المجتمع يقعون في مجمل خصائصهم الشخصية ضمن الحدود المعروفة للشخصية الطبيعية ، على انهم مع ذلك يختلفون من حيث بروز صفة او اكثر من الصفات الكثيرة المكونة للشخصية . وبروز هذه الصفات بدرجات متفاوتة وباتحادات مختلفة، هو الذي يعطي الشخصية علاماتها الاجتماعية الفارقة. وليس هنالك من دلالة نفسية او امكانية مرضية تنتج بالضرورة عن مثل هذا التنوع في صفات الشخصية . والى جانب ذلك فهنالك نسبة ليست بالقليلة من مجموع الناس ممن تظهر فيهم بعض صفات الشخصية بشكل واضح بحيث تطغى هذه الصفات على غيرها من الصفات الطبيعية الاخرى . وينظر المجتمع الى شخصيات اصحابها بانها منحرفة عن التوازن الصحيح للشخصية السوية . ومن هنا جاءت الرغبة في تصنيف انحرافات الشخصية الى انواع تبعا للخصائص السلوكية او العاطفية او الفكرية التي تميزت بها .

ان انحراف الشخصية في اي اتجاه ، لا يدل على ان صاحب الشخصية مصاب بمرض نفسي او اضطراب عقلي . وقد لا يزيد الامر في دلالته على ان كيان الشخصية قد استقر على جانب واحد بدلا من استقراره على الوسط . وقد لا ينجح الفرد في اقامة توازنه النفسي من الداخل ومع الخارج بالطريقة التي تتطلبها خصائص شخصية . وليس هنالك من وسيلة لقياس الامكانية المرضية في الانحرافات الشخصية الا باخضاع اصحابها الى تجاريب الحياة المختلفة ، غير اننا نعلم بالتجربة ان الانحراف في اتجاه معين قد يؤدي بصاحبه الى انهيار نفسي او عقلي فيما لو توفرت الظروف المرهقة بالقدر الكافي وفي الزمن الملائم . ويكون الانهيار عادة في اتجاه مرضي يتناسب مع طبيعة الانحراف في الشخصية . فصاحب الشخصية القلقة ينهار في اتجاه مرض القلق النفسي ، والشخصية الكئيبة في اتجاه مرض الكآبة ، والشخصية الهستيرية في اتجاه مرض الهستيريا وهكذا . على ان هذا الارتباط ليس ضروريا في كل حالة فقد ينهار الفرد الى حالة تخالف الطبيعة الظاهرة لشخصيته . وان كان ذلك اقل احتمالا .

ان العوامل التي تتضافر على تكوين الشخصية والتي قد تدفعها في اتجـــاه

الانحراف كثيرة . وهذه العوامل تبدأ بالاستعداد الوراثي الذي يكتسبه الفرد بشكل عام وبشكل خاص عند اول تكوينه . ومنذ دلك الحين فان نمو الفرد هو حصيلة التفاعل المستمر بين هذه الامكانيات الوراثية من ناحية وبين المؤثرات المحيطية من ناحية اخرى . ولما كانت المؤثرات المحيطية ذات طبيعة خاصة بالنسبة لاستعدادات خاصة ، فان من المتعذر في كل حالة التفريق الواضح بين ما هو وراثي وبين ما هو محيطي في تكوين الشخصية . ولعل من الأوفق النظر الى اي شخصية طبيعية كانت او منحرفة بانها نتيجة الامكانيات الوراثة والعوامل المادية التي ربما حورت من هذه الامكانيات بتأثيرها على الدماغ ، او بسبب مختلف العوامل البيئية والاجتماعية التي تفرض اتجاهات معينة على نمو الشخصية وعلى الطريقة التي يتفاعل فيها الفرد مع مصادر الضغط والارهاق التي تنبع من داخل نفسه او يتعرض اليها من الخارج . ومتى وضعت المعالم الرئيسية للشخصية بفعل هذا التفاعل والتطور ، فان من الصعب تبديلها وتغيير اتجاهاتها وخصائصها وطرق انفعالها . وفي الحالات التي امكن فيها مثل هذا التبديل ، تحتم اخضاع الفرد الى عمليات طويلة او صارمة من الارهاق النفسي او المادي ، وفي مثل هذه الحالات لا بد من فقدان الفرد لبعض خصائصه الانسانية الاساسية .

لقد جرت محاولات كثيرة لتقسيم الشخصية وانحرافاتها الى اقسام . ولعل اشهر واقدم هذه التقسيمات التي وردت الينا من الماضي هي التي جاء بها ابقراط الذي قسم الشخصية الى اربعة انواع المرارية (الصفراوية) ، الدموية ، السوداوية ، والبلغمية . وربط كل واحدة منها بزيادة الافراز المناسب لها في الجسم ، وخص كل شخصية منها بمزاج عاطفي وسلوكي معين . واذا استبعدنا علميا هذا الارتباط بالافرازات الجسمية ، فانا نجد تشابها يكاد يكون كاملا بين تقسيمات ابقراط والانواع المزاجية الأربعة التي جاء بها بافلوف في القرن العشرين .

ومن التقسيمات المشهورة التي وجدت طريقها الى التعبير النفسي على المستوى الخاص والعام ، تقسيم يونغ Jung للشخصية الى انطوائية Introvert وانبساطية او اتصالية Extrovert . وقد طور يونغ هذا التقسيم بتقسيم اضافي لكل منهما الى

النوع الفكري والعاطفي والحسي والالهامي .

وهنالك تقسيم سبرانجر Spranger الذي صنف الشخصية الى انواع حسب اتجاهاتها الغالبة : النظرية ، الاقتصادية ، الجمالية ، الاجتماعية ، السياسية ، والدينية . وليس لهذه الاقسام اية قيمة من النواحي المرضية وانما هي تمثل الميول العاطفية والفكرية للفرد .

منذ بداية الخليقة حاول الانسان معرفة شخصية الفرد المقابل له بالاستدلال من خصائصه الجسمية . وقد تطورت من هذه البداية الاساليب الاستدلالية المعروفة بفن الفراسة. وقد حاول العالم الالماني كرتشمر ربط الخصائص الجسمية للافراد بخصائص معينة للمزاج وقام بدراسات قياسية واسعة (البنية والشخصية). واستحدث تقسيمات للبنية النحيلة ، البدنية ، الرياضية ، والناقصة (المشوهة والعاهية) . كما استحدث نوعين من المزاج سماها بالمزاج الشيزي Schizoid ، والمزاج الدورى Cycloid . ولاحظ ارتباطاً وثيقا بين التكوين الجيسمي النحيل والمزاج الشيزي . ومثله بين التكوين الجسمي البدين والمزاج الدوري. ولتقسيمات كريتشمر اهميتها في علم النفس المرضي ، وان كان الكثيرون يشعرون ان الارتباط بين الجسم والمزاج الذي جاء به ، يصدق في بعض الحالات وليس في الغالبية منها . وفيما يلي انواع الشخصية المصطلح عليها في علم النفس المرضي . وهذه الانواع وصفية في مجموعها ويدل كل نوع منها على بروز عدد من الخصائص في الشخصية . ولهذه الانواع دلالتها على الطرق التي يتفاعل فيها الافراد بالنسبة للعوامل المختلفة المؤثرة فيهم ، سواء جاءت هذه العوامل من تجارب الماضي او تجارب الحاضر ، وسواء انبعثت من داخل الحياة النفسية او استدعتها مؤثرات معينة في المحيط . واخيرا فان هذه الانواع تنم عن امكانية اعظم للاصابة بالامراض والانفعالات النفسية فيما لو توفرت بعض الظروف الخاصة والملائمة لشخصية الفرد . ونجد بالتجربة ان هذه الامكانية تتحقق عادة في مرض او انفعال مشابه في خصائصه العامة الى نوعية الشخصية التي يتصف بها الفرد .

الشخصية الانطوائية Introvert . وهي احدى قطبي التقسيم للشخصية الذي جاء به يونغ الى شخصية انطوائية وانبساطية . ومع ان معظم الناس يتصفون بخصائص مشتركة من كل منهما Ambivert الا ان هنالك نسبة من الناس يتجهون في تكوين شخصيتهم الى ناحية الانطواء او الانبساط وفي بعض الحالات قد يكون هذا الاتجاه شديدا ويقترب من الحدود المرضية .

ان اهم ما يتصف به الشخص الانطوائي هو تحاشية للاتصال الاجتماعي ورغبته في الانعزال والوحدة ، وهو يميل الى التأمل ، ولتجنب التماس مع الواقع الا باقل قدر لازم ، يرى في الواقع عقبة امامه ، ويحاول تجنبه بكل وسيلة ممكنة . وهو قليل الاهتمام بالنواحي المادية من المحيط ويفضل عليها الاعتبارات النظرية والمثالية، ولهذا قلما يصيب نجاحا ماديا واجتماعيا. والانطوائي حساس المزاج ، وقد تظهر هذه الحساسية بانفعال ظاهري سريع ، على انه قد يكبت انفعاله في نفسه ، وهذا ما يدفع به الى ابتعاد اكثر عن الواقع والناس . وتشبه الشخصية الانطوائية اوصاف الشخصية الشيزية الى حد كبير ولا فرق اساسي بينهما الا من ناحية الشدة اذ تعتبر الشخصية الشيزية درجة ابعد من الانطواء والانعزال عن الواقع وعندها يفقد الفرد المقدرة اللازمة لتكييف نفسه حسب متطلبات الواقع .

الشخصية الانبساطية : وخصائصها على نقيض الخصائص التي يتصف بهــا الانطوائي ، فالانبساطي اجتماعي الاتجــاه ، واقعي التفكير ، يميل الى المرح ، ينظر الى الاشياء في محيطه لقيمها المادية لا لاهميتها المثالية ، ويندفع في حياته الى تحقيق هذه القيم المادية، وهو قليل التحسس للاثارات العاطفية ، واذا تحسس بذلك لم يخلف ذلك اثرا طويلا او باقيا في نفسه ، وله القابلية والمرونة لان يكيف نفسه حسب متطلبات الحياة وظروف الاتصال الاجتماعي . يصيب من النجاح المادي والاجتماعي ما لا يستطيع ادراكه من الابداع الثقافي والفكري.

الشخصية الشيزيه Schizoid Personality وخصائص هذه الشخصية تشبه الى حد كبير خصائص الشخصية الانطوائية الشديدة، يضاف اليها بعض المظاهر

العاطفية من سرعة في الحساسية العاطفية او الجمود العاطفي . وتبدو الانفعالات العاطفية احيانا وهي غير موافقة في طبيعتها ودرجتها للعوامل التي تثيرهـا . وصاحب هذه الشخصية حساس ، عنيد ، شكوك ، وكتوم ، قليل الرغبة في اقامة الصلات الاجتماعية او الصداقات ، ولا يرغب في ممارسة الالعاب الجماعية. يفضل الكتاب على الناس ، وكثيرا ما يوصف وهو طفل او حدث بانه ملاك ، او غريب الاطوار ، ويعتبر هـذا النوع من الشخصية نذيرا بامكانية الاصابة بمرض الشيزوفرينيا في المستقبل ، اذ انا نجد بالفعل ان معظم الذين يصابون بهذا المرض قـد اتصفوا بهذا النوع من الشخصية خلال مدة طويلة من الزمن السابق للمرض . وقد لا يكون من الممكن اجراء اي تبديل يذكر على صاحب هذه الشخصية ، الا ان ظهورها في الطفل او الحدث يتطلب تعاونا وثيقا بين والدي الطفل وبين الطبيب المختص يهدف الى التقليل من امكانية الاصـــابة بمرض الشيزوفرينيا ، ودلك عن طريق توجيه الطفل توجيها واقعيا يقربه من الاتصال الاجتماعي والنمط العملي في الحياة .

الشخصية الكئيبة Depressive . يميل صاحب هذه الشخصية الى الانعزال، ويركن الى التشاؤم ، لا يجد في حاضر الحياة متعة، ولا يتشوف في المستقبل املا يجذبه اليه . يشعر بعدم القدرة على العمل والابداع ، وان شعر بذلك لم يجد في نفسه الدافع الكافي للسعي اليه وادراكه . وهو الى جانب ذلك عظيم التحسس بالمسؤولية يتمتع بضمير قوي ، يحـــاسب نفسه على الخطأ ، ويلوم نفسه لاقل الاسباب ، ويحمل نفسه اكثر من حقها من المسؤولية عن ما يجري حوله . وفي بعض الافراد تمتزج هذه الخصائص بسرعة الانفعال والحساسية وقد يصل ذلك الى حد الهياج . ومن البديهي ان صاحب هذه الشخصية اكثر حظا من غيره في تعرضه للاصابة بمرض الكآبة النفسية منها او العقلية ، كما ان حوادث الانتحار اكثر وقوعا في الكئيب الشخصية منها في اي نوع آخر من الشخصية .

الشخصية المتقلبة Cycloid . وتعتمد هذه التسمية على حالة المزاج الذي

لا يستقر على صورة ثابتة . فصاحب هذه الشخصية يعرف بسرعة التقلب في الشعور والعاطفة من حالة الى عكسها ، وبتأرجح في مزاجة في حدود واضحة الفروق من هدوء او عصبية ومن فرح الى غم . وقد دلت بعض الملاحظات القياسية الجسمية التي قام بها (كرتشمر) على وجود بعض الارتباط بين هذا النوع من المزاج المتقلب وبين البنية الجسمية البدينة Pyknic . كما وجد ارتباطاً مماثلا بين الشخصية الشيزية وبين البنية الجسمية النحيلة Asthenic . والمعروف طبيا ان الشخصية المتقلبة المزاج معرضة للاصابة بالمرض العقلي (الكآبة – المانيا). كما ان حوادث الانتحار كثيرة الوقوع في من يغلب عليهم هذا النمط من المزاج المتقلب .

الشخصية القلقة Anxious . الصفة الغالبة في هذه الشخصية هي شعور الفرد بعدم الارتياح ، وتوقع الخطر من مصدر ما غير واضح ، وقد يكون المصدر واضحا غير ان رد الفعل اكثر شدة واقلاقا للفرد مما يقتضيه الوضع المثير للقلق . لهذا نجد صاحب الشخصية القلقة في حالة استعداد وتحفز دائمتين توقعا للخطر وتأهبا لملاقاته وتجنبا له . وهو يخشى القيام باي عمل يتطلب تحمل المسؤولية خشية العواقب المقلقة التي يتوقعها . والى جانب هذه الخصائص فالقلق في شخصيته يسعى جاهدا لضمان حاضره ومستقبله، بما في ذلك عائلته، ومهما ادرك في هذا الاتجاه فقد لا يجد ذلك كافيا لدفع القلق من المستقبل . كما انه يحرص على الاحتفاظ بمكانته الاجتماعية ويخشى مما يثير الشك في مقوماته الخلقية ، ومن اجل ذلك فهو يحرص على الدقة ويعتصم بالامانة في اداء الواجب . وخوفه من الفشل في ادراك هذه الاهداف قد يدفع به الى تجنب المسؤولية . ان بعض خصائص الشخصية القلقة متوفرة في معظم الناس في حدود طبيعية ، ذلك ان بعض التحسس بالقلق ضرورة حياتية اقتضتها علاقة الفرد مع المحيط والمجتمع لتمكنه من الحذر والتهيوء للدفاع عن النفس ، اما اذا زاد تحسس الفرد بالقلق ، سواء جاء ذلك من الداخل او بسبب عوامل من الارهاق الخارجي ، فان ذلك قد يؤدي الى تهيأة الفرد للاصابة بمرض القلق النفسي او غيره من الامراض المشابهة

للقلق في طبيعتها .

الشخصية التسلطية الالزامية Obsessive - Compulsive : واظهر خصائص هذه الشخصية التقيد بالدقة ، والالتزام بالنظام والترتيب ، والحرص على النظافة . ويبدو صاحب هذه الشخصية وكأنه في حالة تحفز دائم للشك في ان ما يعمله هو الصواب . فهو دائم الرجوع الى نفسه ومحاسبتها ، يسعى نحو الكمال في كل شيء ، ويتفرغ بكليته لمسؤوليته ، وان كان يجد من الصعب عليه اتخاذ قرارات حاسمة فيها . وهو عنيد في الرأي وكأنه ملزم على هذا العناد . اذا خطرت له فكرة لم يستقر او يهدأ حتى ينفذ ما اوحت له به . وهنالك الى جانب هذه الصفات صفات اخرى ثانوية كالحساسية والانطواء والخجل والتشاؤم والمثالية والتواضع والاهتمام بالتفاصيل وعدم التساهل مع النفس او الغير . ومثل هذه الشخصية تؤدي في بعض الاشخاص الى الاصابة بالمرض النفسي (التسلط الفكري والعمل الالزامي) . وهنالك اتفاق في الرأي بين علماء النفس ، بان هذه الشخصية تتقرر اكثر من اى نوع آخر من انواع الشخصية بالعوامل الوراثية والتكوينية . ولهذا يصعب النجاح في اجراء اي تحوير محسوس في معالم هذه الشخصية . وهنالك ملاحظات اخرى تشير الى ان احد والدي صاحب الشخصية التسلطية له عادة بعض هذه الصفات ، وانه يتصف بالشدة والحرص والدقة والنظافة والتسلط على اولاده . وقد دعت هذه الملاحظة الى الاعتقاد بان التوجه نحو الشخصية التسلطية ينجم عن المحيط الذي ينمو فيه الطفل وبسبب تأثره بالعلاقة الغير طبيعية مع اب او ام يتصفون بهذه الشخصية .

الشخصية الشكاكة . ويعبر عنها بالشخصية البارونية Paranoid . وابرز خصائص هذه الشخصية تصلب الفرد في آراءه ومعاملاته وافكاره . فهو لا يقتنع بسهولة بوجهة نظر الاخرين ، ولا يتقبل افكارهم ، وانما يسعى للتحري عن دوافعها ويردها بالتالي الى ما استقر في ذهنه من مقاييس واحكام . ويتصف صاحب هذه الشخصية بالحساسية الزائدة وسرعة التأثر والانفعال ، لهذا يجد صعوبة كبيرة في اقامة علائق دائمة وموافقة مع من لهم صلة به ، ويجد نفسه معزولا

عن المدار الاجتماعي مما يزيد في انفعالاته وشكوكه . ومع ان الكثيرين من اصحاب هذه الشخصية يظلون ضمن حدود الحياة العقلية السليمة نسبيا ، الا ان بعضهم قد يتجاوز هذه الحدود الى المرض العقلي ، وخاصة الشيزوفرينيا .

الشخصية السايكوباثية Psychopathic وقد ورد وصفها باسهاب في الاضطرابات السلوكية . واهم معالم هذه الشخصية هي (١) ظهور اضطراب في السلوك في سن مبكر . (٢) يتخذ هذا الاضطراب اتجاها مؤذيا او مضادا للمجتمع . (٣) يتسم هذا الاضطراب السلوكي بالاندفاع الخارج عن السيطرة الارادية (٤) عدم استجابة هذا السلوك الى استعمال وسائل الشدة او اللين . (٥) كما يتصف السايكوباث بصفات اخرى مثل عدم النضوج العاطفي والنقص في الحكم على الامور مع توفر بعض الاتجاهات للانحرافات الجنسية والخلقية .

الشخصية الهستيرية Hysterical خصائص هذه الشخصية اكثر وضوحا في المرأة منها في الرجل . وتظهر علاماتها عادة في وقت مبكر من حداثة الفرد او في سنوات المراهقة ، مما يدلل على اهمية العامل التكويني في تقديم الاستعداد الى هذا الاتجاه في الشخصية . كما يلاحظ توفر شخصية مماثلة في احد الابوين او الاقارب ، وهذا يشير الى اهمية العامل الوراثي ايضا .

ان اكثر الصفات ورودا في الشخصية الهستيرية هي الصفات التالية (١) حب الذات والاهتمام بها (٢) محاولة جلب انتباه الاخرين واهتمامهم والبقاء في مركز النظر بالنسبة لهم (٣) التواكل على الاخرين في المسؤولية (٤) القابلية الشديدة للايحاء والتأثر بالاخرين . (٥) حب الظهور . (٦) القابلية للمبالغة والكذب والتمثيل (٧) عدم اكتمال النمو العاطفي مما يجعل الانفعالات العاطفية طفولية وسريعة وضحلة وغير ثابتة . (٨) الفشل في الحياة الجنسية الكاملة يسبب عدم النضوج في النمو العاطفي الجنسي ، ويؤدي هذا الى عدم التوافق والفشل في الحياة الزوجية .

ان الاكثرية العظمى من حالات الشخصية الهستيرية لا تتطلب العلاج الطبي

وتقبل في المجتمع على انها مظاهر من عدم النضوج في نمو الشخصية . وبعض هذه الحالات تتطور مع مرور الزمن الى توازن اصح في مقومات الشخصية . غير ان بعضها يتحول تحت ظروف معينة الى حالات مرضية نفسية وخـــاصة مرض الهستيريا ، فتنقلب رغبة المريض للحصول على فائدة او منفعة او تحقيقا لرغبة لا يمكن تحقيقها بسهولة او بطريقة طبيعية الى اعراض مرضية جسمية او عقلية ، ويكون في هذا التحويل الحل لمشاكل المريض والاكتفاء بمـا يجلبه هذا الحل من عطف وحب واهتمام وتقدير من الاخرين .

الشخصية المعرضة Vulnerable . خصائص هذه الشخصية اقل وضوحا من خصائص الانواع الاخرى من الشخصية التي سبق ذكرها . ويطلق هذا الوصف عادة على الفرد الذي سرعان ما ينهار بحالة او اخرى من حالات المرض النفسي عندما يتعرض لاقل درجات الاجهاد او الاضطراب في حياته . ويدل تحليل هذه الشخصية ان الفرد منذ صغره عرف بالرغبة في مقوماته النفسية والجسمية وانه احيط برعاية تزيد عن الضرورة مما اكد في نفسه شعور القصور عن مجابهة مشاكل الحياة لوحده . ولهذا فهو يعيش في حدود ضيقة من القابلية على العمل والتمتع بالحياة ، ويخشى كل ظرف قد يضطره الى تجاوز هذه الحدود . والكثيرون من المرضى في الامراض النفسية يأتون من هذه الفئة المعرضة من الشخصيات ، وهم يتأرجحون دوما بين حالات المرض وبين حدود الصحة النفسية . ويجد الطبيب المعالج ان من الصعب عليه ابعادهم عن هذه الحدود حتى بأقصى جهد ممكن من التفرغ للعلاج النفسي ، وكل ما يمكن عمله لمثل اصحاب هذه الشخصية المعرضة ، هو ابقاؤهم ضمن حدود ضيقة من الاجهاد والتعرض لا تزيد على طاقتهم وقابليتهم على التحمل . وهذا أمر قد لا يكون من السهل ادراكه حتى في ظروف الحياة الاعتيادية .

النظريّات والمدارس
في
أسباب الأمراض النفسيّة

نظريات العوامل الوراثية والمحيطية ● المدرسة التحليلية الوجودية ●
مدارس التحليل النفسي (فرويد ادلر، يونغ) ●
مدرسة الفرد مايو السايكوبايولوجية ● المدرسة السلوكية ●
مدرسة التطبع الشرطي (باقلوف) ● مدرسة الاتصال الاجتماعي ●
نظرية تعدد العوامل السببية ●

« كراتيلوس: وعلى كل حال ، اؤكد لك يا سقراط باني نظرت في الامر ، وبعد تأمل متعب فاني اعتقد بان نظرية هيرقليتوس هي الاكثر صحة.

سقراط : فيما بعد يا صديقي ، وستعلمني عندما تعود . »

مقـدّمـة

ظهرت نظريات وآراء مختلفة في اسباب الامراض النفسية . ولا نعتقد بان هنالك من موضوع واحد قد تعددت فيه سبل البحث وتضاربت فيه اوجه النظر كما تعددت وتضاربت في موضوع الامراض النفسية واسبابها . فالنظريات النفسية التي اضفت على هذه الامراض اسمها ، ترد الامراض النفسية الى عوامل نفسية مستمدة من تجربة الفرد او سابق خبرته . فبينما نجد ان فرويد يردها الى تجارب الطفولة والرغبات والصراعات المكبوتة التي تستقر في اللاوعي والتي تسعى للظهور ولو بشكل خفي متستر ، ويرى ان الامراض النفسية هي احدى الوسائل المتسترة التي تظهر فيها هذه الصراعات وتعبر فيها عن وجودها ، فان ادلر كان يرى ان المرض النفسي يأتي كتعويض للفرد عن شعوره الواقعي او الوهمي بالنقص . وان المريض بمرضه ، يستطيع السيطرة على الاخرين في محيطه ، وهذا يحقق له التعويض عن شعوره بالنقص . كما نجد ان ثالث اعلام المدرسة النفسية يونغ ، يهمل امر الصراع بين الرغبات البدائية (الجنسية) وبين قيود المجتمع ، ويرى ان اسباب الامراض النفسية لبست في الماضي بقدر ما هي في الحاضر . وهنالك الى جانب هؤلاء كثيرون ممن جاؤا بنظريات نفسيه ، ومنهم من ركز اهتمامه على العوامل الآنية الحديثة والفعالة في حياة الفرد ، ومنهم من ابتعد كثيرا الى الوراء ، فراح يبحث عن عوامل الصدمة النفسية في تجارب السنة الاولى للطفولة وحتى في عملية الولادة . اما المدرسة الوجودية النفسية ، فهي تهمل اللاوعي وتجارب الطفولة ، كما تهمل القوى الغريزية في الانسان ،

وبدلا من ذلك تعطي الاهمية المتجربة الشخصية للفرد كجزء من علاقته بغيره وفي « عالمه » . ذلك ان الوجوديين يعتقدون بان الانسان لا يمكن ان يكون له « وجود » بدون « عالمه » ، وان « عالمه » لا يمكن ان يكون له وجود بدونه ، وان وعي الانسان لنفسه في عالمه ، يعطيه الشعور بالضعف وبحدود وجوده ، ويجعله يتشوف حتميته النهائية وهي الموت . وهي الحقيقة الاكيدة والوحيدة بالنسبة للفلسفة الوجودية . وجاء الفرد ماير باتجاه تكاملي في اسباب الامراض النفسية ، فكان يدعو الى ضرورة الجمع بين الجسم والعقل ، بين النواحي البايولوجية والنواحي السايكولوجية ، عند النظر في اسباب الانفعالات والامراض النفسية . وقد كان يرى ان اضطرابات الشخصية وانفعالاتها ما هي الا تفاعلات مستمرة ومتعاقبة بين العوامل البايولوجية والسايكولوجية والاجتماعية التي يتعرض لها الفرد في كل دور من ادوار حياتة . ونجد الى جانب ذلك مدرسة الاتصال الاجتماعي التي تؤكد على اهمية طبيعة الصلات التي يقيمها الفرد مع محيطه وخاصة محيطه العائلي ، في تكوين الشخصية وفي التهيأة الى الامراض النفسية .

وهنالك الى جانب هذه المدارس النفسية مدارس اخرى تؤكد على النواحي المادية في تسبيب الامراض النفسية فالنظريات الوراثية تعزوا هذه الامراض الى استعداد وراثي ينتقل الى الفرد تبعا لامكانياته الوراثية . ومع انه يتعذر حتى الان فهم طبيعة هذا الانتقال ، فهم يفترضون انه يتم عن طريق التركيب الكيمياوي للخلايا وهذا التركيب هو الذي يهيء الفرد لنوع او آخر من السلوك او الانفعال . والنظرية الشرطية لبافلوف ، وهي من اهم النظريات المادية في اسباب الامراض النفسية ، ترد هذه الامراض الى اساس مادي في الدماغ ، وترى في هذه الاضطرابات تعبيرا عن عمليات تطبع خاطئة تعرض لها الفرد في دور من ادوار حياته ، وادت الى قيام اضطراب وظيفي في الدماغ . وهنالك نظرية مادية اخرى ، ترى ان الحياة النفسية السليمة هي تعبير عن سلامة وانتظام اجهزة « المراسلة والاتصال » في خلايا الدماغ ، وان الاضطرابات النفسية هي مظهر من مظاهر الاختلال في عمل هذه الاجهزة ، وان الوقاية من هذه الامراض

كالشفاء منها لا يتم الا عن طريق الاحتفاظ بسلامة هذه الاجهزة . والى جانب هذه النظريات المادية ، نظريات اخرى تفترض وجود اسباب كيمياوية تؤدي الى قيام الانفعالات النفسية ، وقد عزز هذه الافتراضــات حدوث مثل هذه الانفعالات عنداختلال الميزان الكيمياوي في الجسم او بتـــأثير بعض المواد الكيمياويةالتي تؤخذلاغراض تجريبية او علاجية .

ان هذة النظريات المختلفة ، من نفسية او مادية او وراثية او محيطية ، تدل في تعدادها وفي تباين اتجاهاتها ، على مدى الصعوبة التي تجابهنا في فهم الامراض النفسية على حقيقتها . وهي صعوبة مستمدة من طبيعة الانسان المعقدة ، ومن الاختلاف القليل او الكثير بين شخصية فرد وآخر ، ثم من تعدد العوامل التي يخضع اليها الانسان منذ تكوينه حتى نهاية حياته ، وفي الصور العديدة لتفاعلات الفرد المرضية وغير المرضية بفعل هدة العوامل . ان النظرة العابرة للنظريات والمدارس التي سنقدمها في هذا الفصل توحي بوجود اختلاف جوهري واساسي بين الواحدة منها والاخرى . وليس ادعى لهذا الاستنتاج، من وضوح الاختلاف الذي توحيه التسمية بالنفسي او المادي . ولكن التعمق في بحث هذة النظريات والمدارس ، يشير الى توفر نقاط التقاء كثيرة بين بعضها . ولعل اهم هذه النقاط هو في اتجاه معظم هذه المدارس الىالبحث عن اسباب المرض في تجربة الانسان الكلية والكاملة. واذا كانت بعض هذه المدارس تؤكد على تجربة دون اخرى، فما ذلك الا لأن اصحابها ادركوا بالخبرة اهمية هذه التجربة في تكوين الحالة المرضية ، وهم بذلك ينظرون الى التجربة الانسانية الكاملة من زاوية واحدة ويأملون في انتوصلهم عن طريقها الىالفهم الاصحللشخصية الانسانية وانفعالاتها. وقد اتضح الان ، بالرغم من ادعاءات اصحـــاب المدارس المختلفة ، ان ما من طريقة واحدة او نظرية واحدة تضمن مثل هذا الوصول الى فهم طبيعة الانسان في حالة الصحة او حالة المرض. ومع توفر العديد من هذه النظريات والكثير من طرق البحث في المجالات الوراثية والتكوينية والمحيطية والتربوية والثقـــافية والنفسية والكيمياوية والعضوية والفسيولوجية وغيرها ، الا انهـــا في مجموعها

لم تغنينا بعد عن الشعور بالقصور عن الفهم الكامل للانسان . وقد تشوف مودزلي هذا القصور في مطلع هذا القرن بقوله « واختم ... ان الانسان هو شيء اعظم ... من ان تستطيع ابداً اظهاره طريقة دقيقة للبحث ، كانت كيمياوية او طبيعية او باثولوجية او ميكرسكوبية او نفسية مادية ... وهنالك مجال واسع لدراسة العقل بطرق متعددة .... وهذه الطرق لا تنفي الواحدة منها الاخرى . وانما ستلتقي نتائجها بالنهاية في حالة اتزان ... » . وقد كان لرأي مودزلي ، كما كان لفشل اي طريقة واحدة في اعطاء التفسير الكافي لشخصية الانسان وسلوكه ، الاثر الاكبر في التوجه العلمي السائد في الاوساط الطبية الى ضرورة بحث اسباب الامراض النفسية في نطاق تعدد العوامل . فالامراض النفسية تختلف عن غيرها من الامراض التي تصيب الجسم ، في انها تؤثر في الشخصية بكاملها . ولا توجد هنالك امراض نفسية بالمعنى العلمي الصحيح للمرض وانما هنالك صور مختلفة لانفعالات الشخصية . وهنالك من الاسباب لهذه الانفعالات بقدر ما هنالك من الصور المرضية . والعديد من هذه الاسباب يجب توفرها في الصورة المرضية الواحدة .

الوراثة والمحيط

أيهما اكثر اثرا في تكوين الشخصية السليمة والمريضة الوراثة ام المحيط ؟ . سؤال لم ينفك المجادلون في الجدل فيه قديما وحديثا . وقد اتسم هذا الجدل بالحدة والعنف والتحزب ، بحيث استحق ما وصف به بأنه : « جدل يثير حرارة ولا يعطي نورا » . ومع كثرة الحقائق العلمية التي توفرت بالدرس والملاحظة ، والتي تعطي صورة واضحة بعض الشيء عن الاهمية النسبية للوراثة او المحيط ، الا ان الكثيرين من اهل العلم قد اثروا الاخذ بما يسند آرائهم من جانب واحد، وأهملوا اعتبار الحقائق الواردة من الجانب الآخر. والذي حدث ايضا هو ان بعض المحافل العلمية قد تأثرت باتجاهات وفلاسف ايديولوجية معينة ، ينكر بعضها ان تكون للوراثة قيمة في تقرير خصائص الفرد وطباعه وحالاته النفسية ، وهم بذلك يسندون الرأي الذي يقول بأن الانسان وليد بيئته ومحيطه ، وان البيئة المناسبة كفيلة بخلق فرد ومجتمع يتناسب مع طبيعة هذه البيئة . والنتيجة الهامة التي يهدف اليها الداعون الى هذه الفلسفة ، هي امكانية ازالة الفوارق الفردية في المجتمع عن طريق التحديدوالمساواة فيالقوى المحيطية التي يتعرض لها في حياته . ويتضح لمن يتتبع منطق الجدل لاصحاب هذا الرأي،خضوع الحقيقة العلمية لاعتبارات عقائدية.ومع ان أحدا لا يستطيع اغفال اهمية المحيط او التقليل من اثره في تكوين شخصية الفرد ، الا انه في الوقت نفسه يتعذر التقليل من اهمية الوراثة في هذا الشأن . ومع توفر الامكانيةالنظرية بأن المحيط في احوال خاصة يستطيع احداث تغيير جوهري في حياة الانسان ، الا ان هذا المحيطغير متوفر بشكل يستطيع احداث تغيير جماعي في طبيعة البشر بدون تعرضه للفناء كما هو الحال في الاشعاع الذري والاشعة الكونية .

ان التقييم العلمي الصحيح لكل من عوامل الوراثة والمحيط يتطلب دراسة

فردية وشاملة لكل منهما . وقد يكون ذلك متعذرا لاسباب عديدة ، لعل من اهمها تعذر فصل الوراثة عن المحيط في مثل هذه الدراسة ، بالنظر لالتحام العاملين معا في تفاعل مستمر ومتطور منذ اللحظة الاولى لتكوين الجنين. ومما لا شك فيه ان البحث المثالي لتقرير فعالية كل من العاملين في تكوين الشخصية ، يأتي عن طريق ابقاء احدهما ثابتا والآخر متغيرا وبالعكس . ومع ان هذا الامر قد يبدو سهلا لاول وهلة ، الا انه من الصعب حتى البدء بتحديد الخواص التي تقع ضمن نطاق الوراثة او العوامل التي تقع في مجال المحيط ، وهذه في الحالتين كثيرة وتعمل بالاشتراك ، بحيث يتعذر الوصول الى نتائج يسهل تحليلها ويمكن القياس عليها . ومع ذلك، فهنالك دراسات علمية واسعة في المجالين ، وهي دراسات نخلص منها الى النتيجة التي ادركها الكثيرون منذ ازمان طويلة، من ان الوراثة والمحيط يشتركان معا في تكوين شخصية الانسان ، ولن يجدي نفعا ان يصر احد على اقامة التفاضل بين الطبيعة والتطبع في تكوين الفرد ، او المجتمع ، وان كان من المهم جدا ادراك الامكانيات الوراثية والعوامل المحيطة المؤثرة في تكوين اي شخصية معينة والاهمية النسبية لكل منهما في احداث تفاعل مرضي معين . وباتباع هذه النظرية التحليلية الشاملة يتهيأ لنا الفهم الاصح لطبيعة وحدود كل من الوراثة والمحيط وامكانيات التفاعل بينهما . وهو امر ضروري ولازم ليس في تشخيص الحالات المرضية وفهم اسبابها ، بل في علاج هذه الامراض والوقاية منها .

نظريّة الوراثة والاستعداد التكويني

ان ادراك اثر الوراثة في تقرير وتفسير التشابه الملاحظ بين الوالدين واولادهم في بعض الصفات الخلقية والفكرية والحسمية ، امر معروف ومتناقل بين عامة الناس منذ اقدم العصور وحتى عصرنا هذا . على ان الوسيلة والكيفية التي يتم بها نقل الصفات وراثيا لم تكن معلومة او مفهومة الى ان جاء مندل Mendel بقوانين الوراثة المعروفة باسمه، وحتى تم اكتشاف «الكروموسومات

Chromosomse » والجينات « Genes » الناقلة للخصائص الوراثية المختلفة. ومع ان هذه القوانين وما تلاها من اكتشاف لتكوين الخلايا ، قد ساهمت كثيرا في حل المشاكل الوراثية في النباتات وبعض الحيوانات ، الا انها ما زالت تقصر عن تفسير العديد من المشاكل الوراثية في الانسان . وبالرغم من كثرة الدراسات الاحصائية المرضية، فما زال امر الوراثة في احداث الامراض النفسية والامراض العقلية امرا غير مجمع عليه ، ويثير الكثير من الجدل بين انصار الوراثة وبين خصومها . ويتمثل الحماس لاهمية الوراثة في اقصى حدوده بدعوة بعض العلماء الالمان في ابان العهد النازي بضرورة التعقيم الاجباري للمصابين بالامراض العقلية، كما يتمثل اثر المحيط باشد درجاته في بعض الاوساط العلمية المعاصرة التي تتأثر بالفلسفة الماركسية المادية والتي ترد كل امر للبيئة والمحيط . وبين هذين الاتجاهين المتطرفين توجد حقائق علمية مستمدة من الخبرة والملاحظة ، وهي في مجموعها تؤيد بشكل مقنع الاثر الهام للوراثة في تهيئة الاستعداد للاصابة بالامراض النفسية العقلية . ويجب الأحتراز بالقول ، ان تهيئة الاستعداد لاتعني حتمية حصول المرض ، كما ان عدم حصول المرض لا ينفي توفر الاستعداد . ذلك ان انتقال الوراثة المرضية لا يتم في معظم الحالات حسب قواعد بسيطة كما توحي بذلك قوانين مندل ، بل انها تخضع للعديد من التعقيدات وشتى المؤثرات التي تؤثر في مدى وزمن وامكانية ظهور العوامل الوراثية بشكل واضح . وقد تكون هذه المؤثرات مستمدة من عوامل وراثية اخرى تساعد او تحول دون ظهور خاصة وراثية معينة ، كما ان هذه المؤثرات قد تأتي عن طريق العوامل المحيطية التي لا حد لها والتي يتعرض لها الفرد منذ لحظة تكوينه في الجنين وحتى طفولته او ما بعدها. ويعزو الكثيرون من العلماء اخطاء الشخصية وامراضها ، من نفسية وعقلية ، الى هذه المؤثرات المحيطية ، ونحن وإن كنا لا نتجنب الاقرار لما لهذه المؤثرات المحيطية من اهمية ، الا انها يجب ان لاتقلل من اهمية العوامل الوراثية . وفيما يلي بعض الاثباتات الاحصائية المستقاة من دراسات طبية واجتماعية واسعة . ومن البديهي صعوبة القيام بمثل هذه الابحاث

الوراثية على الانسان ، بسبب ضرورة الرجوع الى جيل او اكثر في الماضي ، ولزوم الانتظار جيلا او اكثر في المستقبل لتتبع انتقال العوامل الوراثية من الآباء والاجداد الى الاولاد والاحفاد . ثم ان هنالك بعض الخصائص الوراثية التي لا تظهر ، اما لحاجتها الى الزمن ، واما بسبب عوائق وراثية او محيطية تؤخر في ظهورها ، واما لحاجتها الى عوامل اخرى تساعد على ظهورها . هذا وليس هنالك من وسيلة علمية حتى الآن لكشف هذا الاستعداد الوراثي بشكل عام ، وان كانت بعض الدراسات الخلوية (السايتولوجية) قد اظهرت بعض الملاحظات الهامة في امراض عصبية محدودة .

*

قامت بعض الدراسات الاحصائية في الوراثة الطبية على التوائم المتشابهة والتوائم الغير متشابهة بالنظر الى التساوي التام في الاستعداد الوراثي في التوائم المتشابهة ، ولتوفر التقارب في الوراثة بين التوائم الغير متشابهة . كما قام العلماء بدراسات واسعة لمجموعات من العائلات التي ظهرت فيها بعض الامراض النفسية والعقلية بما في ذلك مرض الصرع والنقص العقلي . وفيما يلي بعض النتائج لهذه الدراسات :

١ — دراسة على خمسين زوج من التوائم المتشابهة وعدد مثلهم من التوائم الغير متشابهة الذين تفرقوا في محيط تربيتهم ، وعلى تسعة عشر زوجا من التوائم المتشابهة الذين ربوا في ظروف محيطية مختلفة . وكان هدف الدراسة اظهار اثر كل من الوراثة والمحيط في تكوين مقومات وخصائص الشخصية فيهم . وكانت نتيجة الدراسة ، هي ان التوائم الغير متشابهة اكثر تشابها من التوائم الغير المتشابهة . وان التوائم المتشابهة تميل الى الاختلاف الواحد عن الآخر مع ازدياد العمر ، خاصة في المزاج وفي التحصيل الدراسي وفي حدود اقل في الصفات الجسمية . وان اوجه الشبه في القوائم المتشابهة اكثر ما تكون في الصفات الجسمية ، واقل منها في الصفات الفكرية والتحصيل المدرسي ، واقلها في المزاج وخصائص الشخصية الاخرى . وخلاصة الدراسة على التسعة عشر زوجا من التوائم المتشابهة الذين فرق بين محيطهم ، هو

أن الاختلاف في المحيط يحدث اثرا هاما في كل من الذكاء والتحصيل المدرسي ، ولكنه قليل الاثر في تحوير المزاج . وعلى الاجمال فان التغيرات المحيطية لم تحدث اثرا يذكر في كيان الشخصية الا في حالات قليلة اعتبرت شاذة عن القاعدة وخلص الباحثون الى القول ، ان الامر في غاية التعقيد وانه لا تتوفر حتى الآن اجابة نهائية في هذا الموضوع .

٢ – تبين من دراسة شملت ٧٩٤ عائلة من عائلات المرضى المصابين بمرض الشيزوفرينيا انه كلما زادت القرابة للمريض في عائلته ، كلما ارتفعت نسبة وقوع المرض في الاقرباء . فهي في والديهم تقع بنسبة ٩،٢٪ ، وفي اخوتهم بمعدل ١٤٪ بينما لا تزيد هذه النسبة على ٠،٨٪ في المجتمع بشكل عام . وفي دراسة اخرى على مجموعة من التوائم المتشابهة وغير المتشابهة ، تبين بانه اذا اصيب احد التوائم المتشابهة بمرض الشيزوفرينيا، فاصابة مثيلة بالمرض تقع في حدود تتراوح بين ٧٨ الى ٩١ في المئة ، وفي التوائم الغير متشابهة تنزل نسبة الاشتراك المرضي الى حدود الـ ١٤٪ . وهنالك دراسة احصائية مماثلة على امراض الكآبة والهيجان (المانيا) ، وهي تظهر ايضا بوضوح اثر العامل الوراثي في احداث هذه الامراض . ولعل من المفيد للدلالة على اثر العامل الوراثي اعطاء نتائج الدراسة التي قامت بها جماعة رودان Rodin والتي اعطت الامكانيات الوراثية التالية في حالة اصابة احد الوالدين بمرض الشيزوفرينيا :

١ و ٩٪ من الاولاد تنتظر اصابتهم بالمرض الشيزوفريني

٦ و ١٧٪ من الاولاد تنتظر اصابتهم بالشخصية الشيزية

٦ و ٢٢٪ من الاولاد ينتظر ان يكونوا ذوي شخصيات غير طبيعية .

٣ و ٤٩٪ (المجموع) من الاولاد بحالة غير طبيعية .

وفي حالة كون الوالدين مصابين في المرض فان النسبة ترتفع فتبلغ ٨٢٪ .

وفي حالة وجود مريض بالمرض، فان امكانية وجود المرض او اي اضطراب

آخر في الشخصية تبلغ ٣٣٫٤٪ من اقـارب المريض بالدم . كما بينت الدراسة ان اصابة احد الجدين بالمرض تؤدي الى اضطراب في الشخصية قد قبلغ ٣٤٪ في الاحفاد ومن ذلك اصابة بالشيزوفرينيا بنسبة ٢٫٤ ٪ .

وجميع هذه الدراسات وغيرها من الدراسات التي سنتوفر على ذكرهـا في البحث الخاص بمرض الشيزوفرينيا تثبت بصورة قاطعة اهمية الوراثة المرضية في الامراض العقلية .

اما الوراثة في الامراض النفسية فهي اقل وضوحا منها في الامراض العقلية . وسبب ذلك يعود الى حد ما الى عدم توفر حدود فارقة بين الانفعالات النفسية الطبيعية وبين الحالات النفسية المرضية . ثم ان نسبة كبيرة من ذوي الامراض النفسيه يتحملون شكواهم المرضية ويحتفظون بها لانفسهم ، كما ان الكثيرين يعتبرون مرضهم جسمي المنشأ ، ويعالجهم الاطباء على هذا الاساس . وبسبب هذه التحديدات تظل النسب الصحيحة للاصابات المرضية النفسية مجهولة ، ولا يمكن بذلك اجراء تتبع وراثي شامل لها . ومع هذه الصعوبات فان التقارير الاحصائية والملاحظات الفردية العديدة تؤيد كلها وجود نسبة اعلى من الامراض النفسية في عائلات واقارب المرضى المصابين بهذه الامراض اذا قيست بالنسبة المتوفرة او المتنظرة في المجتمع عامة . وهذا يؤيد اهمية الاستعداد التكويـني المستمد من الاصول الوراثية في تهيئة المريض للاصابة بالامراض النفسية . ومع ان الكثيرين من علماء النفس يرجعون اسباب هذه الامراض الى عوامـــل نفسية ومحيطية تحدث تأثيرها في الصغر ، الا انه يصعب ان لم يكن من المتعذر فعـلا نفي اهمية العامل الوراثي ،الذي يجب ان يعتبر على اقل تقدير ، المادة الاساسية والاولية التي تتفاعل معها التجارب النفسية والمحيطية المختلفة في حياة الفرد . وفيما يلي نتائج دراسة قام بها فيلكس براون والتي شملت عائلات عدد كبير من المرضى المصابين بالامراض النفسية . القلق والهستيريا والافكار التسلطية .

وجد براون انه اذا اصيب مريض بالقلق ، فامكانية توفر اصابة والديـه

بمرض نفسي هي ٤ و ٢١٪ في القلق و ١٦٪ بالهستيريا وصفر بالمائة بالافكار التسلطية . واذا كانت الاصابة بالهستيريا كانت اصابة والديه ٥ و ٩٪ في القلق و ١٩٪ بالهستيريا وصفر بالافكار التسلطية . واذا كانت الاصابة بمرض الافكار التسلطية كانت اصابة والديه متوفرة بصفر في كل من القلق والهستيريا و بـ ٥ و ٧٪ بالافكار التسلطية . وفي تتبع المرض في الاخوة والاخوات وجد ان نسبة الاصابات هي على التوالي . في حالة القلق ٣ و ١٢٪ ٢ و ٢٪ و ٩٪ وفي الهستيريا ٦ و ٤٪ ٢ و ٦٪ وصفر . وفي الافكار التسلطية ٤ و ٥٪ وصفر و ١ و ٧٪ .

وبالاضافة الىهذه الارقام فقد وجد براون توفر نسب عالية لحالات الكآبة وحالات السايكوباثية في اقارب جميع الحالات المرضية التي قام بدراستها . وهذا يجعل نسبة اشتراك العائلة الواحدة بالامراض النفسية في حدود اقلها عشرة بالمئة ، وقد تبلغ في معدلها اربعين في المئة او يزيد على ذلك في بعض ملاحظاتنا السريرية . ويمكن لكل طبيب مختص ان يستشهد بوقوع الامراض النفسية في بعض العائلات بنسبة مئة في المئة اذا استثنى من الحساب الاطفال والاولاد الذين لم تتضح بعد امكانياتهم النفسية بشكل واضح . وقد استنتج براون ان هذه الارقام تثبت بشكل حاسم اهمية العوامل الوراثية في تكوين الامراض النفسية ، غير انه اضاف بان اهمية العامل المحيطي لا يمكن التقليل من شأنها .

ومن البديهي ان نلاقي صعوبة كبيرة في تقرير مدى مساهمةالعوامل الوراثية والعوامل المحيطية في تكوين اي حالة من حالات المرض النفسي . فتفاعل الاثنين معا يتم لحظة التكوين الاولي للجنين . ولكن التشابه الكبير بين الخصائص النفسية للوالدين واولادهم ، وبين المرضى وبين اقاربهم ، الى درجة وفي نسبة تزيد على ما هو منتظر من فعل المؤثرات المحيطية ، هو امر يحملنا على الاستنتاج بان العوامل الوراثية تكون المرحلة الاولى والاساسية في تكوين

الشخصية . وبعد هذه المرحلة فان العوامل المحيطية بمختلف نواحيهـــا من فيزيولوجية وسايكولوجية واجتماعية ، تؤثر في هذا الاساس وتتفاعل معه ، وقد يأتي هذا التفاعل بنتيجة تساعد على كشف الاستعداد الوراثي او تغير من مظاهره وقد تؤجل او حتى تمنع ظهوره كليا .

وبالرغم من اكتشاف قوانين الوراثة واكتشاف الكروموسومات والجينات الناقلة للخائص الوراثية ، فان العلم لم يتوصل بعد الى ادراك الوسيلة التي يتم بواسطتها للاستعداد الوراثي ان يحقق اثره في الجسم عامة وفي الدماغ بصفة خاصة . وهنالك نظريات مختلفة ، الا ان النظرية البايوكيمياوية في العمليـــات البايولوجية لخلايا الدماغ او بعض مراكزه ، هي النظرية الاكثر قبولا والاكثر أملا في تحقيق الاجابة على المشاكل العديدة المتعلقة بالوراثة . والى ان يتم تحقيق ذلك ، فعلينا قبول الرأي الذي خلصت اليه هيئة من الباحثين العالميين في موضوع الوراثة الطبية ، وخلاصته : « ان الدراسات العائلية والابحاث الاحصائية عن الامراض النفسية والعقلية في اقطار عديدة ، تشير الى ان العوامل الوراثية هي في غاية الاهمية . اما طريقة الانتقال الوراثي فما زالت غير واضحة . والرأي الغالب هو ان من غير المنتظر ان يحدث تقدم في الاجابة على هذا السؤال قبل ان تبان نتائج الابحاث الاخرى وخاصة الابحاث الوراثية البايوكيمياوية ، وقبل ان يمكن دمج نتـــائج هذه الابحاث في ابحاث الوراثة العقلية . ومع ظهور بعض الاخطاء البايوكيمياوية في حالات معينة من التخلف العقلي الا ان المعلومات قليلة عن توفر مثل هذه الاخطاء حتى الان في الامراض العقلية .. »

النظريات التحليلية

١- فرويد والتحليل النفسي

ولد فرويد في ٦ أيار سنة ١٨٥٦ في مدينة فرايبورج في النمسا، وعاش معظم حياته في فينا. وفي آخر سنوات حياته اضطر الى الهجرة منها الى انجلترا وتوفي في لندن سنة ١٩٣٩. وقد ظل يكتب حتى اليوم الاخير من حياته تقريبا. لقد بدأ فرويد حياته الطبية باحثا علميا ثم محاضرا للامراض العصبية في جامعة فينا. وسافر الى فرنسا للدراسة في باريس على يد شاركو Charcot الذائع الشهرة في ذلك الزمن، ثم عاد الى فينا يمارس فيها حياته الطبية. وفي هذه الفترة بدأت المعالم الأولى للحركة النفسية والتي اتصلت اتصالا وثيقا باسم فرويد. والواقع ان زميلاً لفرويد (الدكتور بروير Breuer) هو الذي عثر على الملاحظات الاولى التي استرعت انتباه فرويد واهتمامه وبالتالي ادت الى وضعه لنظرياته المعروفة في الحياة النفسية. وهذه الملاحظات مستمدة من حالة مرضية لفتاة مصابة بمرض الهستيريا. فقد قام بروير بتنويمها (التنويم المغناطيسي) وترك لها المجال في هذا الوضع ان تحدثه عن كل ما يضايقها. وكانت المريضة في حالة التنويم تتحدث بحرية وانطلاق، وفي اثناء ذلك كانت تفيض احيانا بانفعالات عاطفية. وعند استفاقتها من التنويم كانت تشعر بالراحة والهدوء. وقد اثارت ملاحظات بروير اهتمام فرويد الذي راح يطبقها على بعض المرضى. وفي سنة ١٨٩٣ نشر فرويد وبروير بحثهما الاول، وبعد ذلك بسنتين كتابهما عن «دراسة الهستيريا». وكان ذلك بداية اكتشاف «اللاوعي». وكانت قصة هذه الفتاة، هي الحالة الاولى في تأريخ الطب النفسي التي تكون الوسيلة العلاجية فيها (التنويم) سببا في اكتشاف سبب المرض. وكان هذا اول مثل في تاريخ علم النفس يشترك فيه بالتتابع سبب المرض والاعراض الناجمة عنه، والوسيلة العلاجية المبنية على السبب والمؤدية للشفاء منه. وبعد فترة من الزمن ترك فرويد اسلوب التنويم والايحاء كوسيلة للاستقصاء النفسي، وابتكر طريقة التداعي الحر Free Association، تاركا المجال للمريض ان يسترسل الفكر بحرية وانطلاق.

وقد وجد فرويد ان هذه الطريقة اكثر ضمانا في الوصول الى محتويات اللاوعي من طريقة التنويم. واطلق فرويد التعبير «التحليل النفسي» على طريقته في استقصاء وتحليل وتفسير ما يفضي به المريض .

*

لقد كانت اكتشافات فرويد حدثا هاما في تأريخ الطب واثارت اهتمام وحماس الكثيرين من المؤمنين بنظرياته ، كما اثارت نقمة ومعارضة الكثيرين غيرهم ممن وجدوا ان من الصعب عليهم التصديق بوجود شيء غير منظور وغير خـــاضع للقواعد العلمية وهو اللاوعي الذي جاء به فرويد. وحتى اولئك الذين اشتركوا معه في ادراك هذا المستوى اللاشعوري من حياتنـــا العقلية ، وجدوا انفسهم عاجزين عن قبول تأكيده الشامل على اهمية « الجنس Sex » والطاقة المتصلة به Libido في تكوين اللاوعي وتسبب الامراض النفسية . ومع مبالغة فرويد في أثر العوامل الجنسية كقوى فعالة في الحياة النفسية، ومع المعارضة التي اثارها وما زال يثيرها هذا الرأي في الكثير من الاوساط المهتمة بالامور النفسية، فان ذلك يجب ان لا يطمس المعالم الهامة التي احدثتها نظرياته في خلق اتجاه جديد في فهم الامراض على اساس نفساني . ولا يستطيع الباحث المنصف الا ان يتفق ، بان الحركة التي جاء با فرويد ، قد احدثت اثرا لا يساويه أي اثر في تأريخ الطب وخاصة في الامراض النفسية والعقلية . والمتتبع للاتجاهات الادبية والفنية من شعر ورواية ورسم وموسيقى ومعمار وحتى في الاساليب السياسية والاقتصادية لا يجد صعوبة في الوقوع على آثار واضحة وجلية للثورة النفسية التي اطلقها فرويد في مطلع للقرن العشرين . والتي ما زلنا نتحدث بلغتها حتى الآن .

*

كانت الحالة المرضية التي لاحظهـــا « برويز Breuer » في البداية وتوفر مع فرويد على دراستها بالتفصيل هي نقطة الانطلاق في اتجاهات فرويد النفسية والتي ادت الى وضعه لنظرياتة المعروفـــة في علم النفس . فقد اوحت له الحالة المذكورة بوجود جزء غير واع من حياتنا العقلية سماها « باللاوعي » ، وأن

بعض التجارب التي نمر بها والتي يبدو بانهـا منسية ، تستتر في اللاوعي ، وان بعض هذه التجارب المنسية قد « كبتت » لانها لا تحتمل ، وان العاطفة المتصلة بهذه التجارب المكبوتة يمكن ان تؤثر تأثير كبيرا على نفسية الفرد وسلوكه في الحاضر وفي المستقبل ، كما يمكن ان تجد تعبيرا لوجودها في الحالات المرضية .

وقد صاحب ادراك فرويد لهذه الاستنتاجات التي اوحت بها هذه الحالة المرضية الهامة ، ادراك فكري آخري سمي بـ « الالتزام النفسي » ، واراد ان يجعل منه قانوناسببيا علميا يفسر بهالحوادث النفسية. وفي هذا الاجتهاد الفكري لا يجد فرويد مجالا لاعتبار أي حادث نفسي بانه حادث عرضي سواء اتضحت اسبابه او لم تتضح وسواء كانت هذه الاسباب كافية لتفسيره، او انها تبدو اسبابا تافهة عديمة الاهمية والقيمة ولا تكفي لاقامة السببالكافي لتفسير الحالة المرضية. فقد كان يرى ان الأعراض المرضية التي تبدو غير معقولة ولا معنى لها ، تصبح مفهومة وذات معنى ، اذا نظرنا اليها على اساس من الذكريات التي كبتت في اللاوعي والتي تسعى للظهور. ومن هذه الحالة المرضية للفتاة المصابة بالهستيريا، ومن تأمله الفكري عن « الالتزام النفسي » ، أدرك فرويد الحقيقة الهامة التي تعتبر النواة في علم النفس ، وهي ان الحيـاة العقلية للفرد ، بشقيهـا اللاوعي والواعي ، هي وحدة متصلة ومستمرة ، وان محتويـات اللاوعي وان كانت خافية عن الادراك ، الا انها ذات قدرة على تقرير الكثير من مظاهر سلوكنا اليومي ، كما ان لها القدرة على تسبيب الامراض النفسية على اختلاف انواعها .

لقد اعتبر فرويد القلق مصدر جميع الامراض النفسية ، وقد وضع نظريته الاولى عام ١٨٩٤ ، وهو متأثر بالملاحظات التي اوحتها دراسة حـالة الفتاة المريضة بالهستيريـا . وفي هذه النظرية اعتبر القلق مسببا عن التدخل في عملية الارضاء الجنسي ، وقد استعمل فرويد كلمة « جنس » في حدود اوسع بكثير من الحدود المعروفة والمعنية بالعلائق الجنسية . ولم يطرأ اي تغير جذري على هذه النظرية من جانب فرويد خلال الثلاثين سنة التي تلت وضعها . وفي خلال هـذه الفترة عورضت النظرية معارضة شديدة خـاصة من زميلية في المدرسة

التحليلية ادلر ويونغ . ولعله بتأثير هذه المعارضة ، وربما بسبب اجتهاد جديد ، فقد أجرى فرويد تحويرا اساسيا على النظرية الاولى وجاء بما يعرف بالنظرية الثانية عن القلق سنة ١٩٢٣ . وفي هذه النظرية يرى ان القلق ما هو الا اشارة ، الهدف منها تمكين الفرد من تجنب حالة من الخطر. ويقول في ذلك « ان جميع الاعراض النفسية تأتي لغرض واحد فقط وهو تجنب حالة القلق ، وان هذه الاعراض المرضية « تربط » الطاقة النفسية ، ولولا هذا الربط لاصبحت الطاقة النفسية حرة في الانطلاق على شكل قلق .. » ويقول في ذلك ايضا (.. ان الاعراض المرضية تخلق لكي يتمكن ألـ (أنا) من الابتعاد او النجاة من موقف خطر . واذا ما منعت هذه الاعراض المرضية من الظهور فان الخطر سيبرز لا محالة ..)

اعتمد فرويد في تفسير السلوك والامراض النفسية على عملية « الكبت Repression » وافترض وجود نوعين من الكبت ، اولهما يتألف من مشاعر غريزية ودوافع تبدأ في وقت مبكر من حياة الفرد ولكنها لم تدخل ابدا في حيز الوعي ، والنوع الثاني من الكبت يتألف من انواع من الشعور والتجارب والدوافع والرغبات التي وجدت في وقت ما في الوعي ثم اجبرت ، وفي بعض الاحيان حال التحسس بها ، على ان تكبت في اللاوعي . وهذا النوع الاخير من الكبت هو النوع الاكثر اهمية بالنسبة لفرويد ، وهو يمثل الصراع بين الرغبة وبين الموانع لتحقيقها من (ألانا العليا = الضمير Superego) . وقد بين فرويد الحقائق التالية عن عملية الكبت (اولا) انها عملية عامة توجد عند جميع الناس (ثانيا) ان المادة المكبوتة مؤلمة دائما او محرجة او مكروهة من قبل صاحبها . و (ثالثا) ان عملية الكبت عملية تلقائية تتم كليا خارج نطاق الوعي . ونظرية فرويد في « ديناميكية » الامراض النفسية تتلخص فيما يلي .

١ — قيام صراع عاطفي بين حاجتين او رغبتين متضاربتين

٢ — كبت هذا الصراع الى « اللاوعي »

٣ - يظل الصراع المكبوت في اللاوعي ذا قدرة على التعبير عن وجوده بشكل من الاشكال بما في ذلك اتخاذ صفة الاعراض المرضية النفسية .

وهكذا فان فرويد يعتقد بان عملية الكبت هي عملية « انكار » ينكر فيها ال « انا » وجود دوافع داخلية ، او حوادث خارجية التي يؤدي الاعتراف بوجودها الى نتائج مؤلمة . ولما كان من المتعذر الابقاء على هذه الدوافع كجزء متوازن من وعينا النفسي فلا بد من كبتها حال قيامها محافظة على هذا التوازن من خطر الاضطراب . والصراع المكبوت بهذا الشكل، لا ينتهي وجوده بمجرد كبته الى اللاوعي ، اذ يظل هناك مهددا صاحبه بالظهور . وقد يظهر بالفعل بشكل متستر كما هو الحال في الاحلام ومظاهر السلوك المختلفة، وقد يظهر بصفة اعراض مرضية نفسية التي تعتبر وسيلة دفاعية نفسية يشغل بها المريض عن ادراك الصراع الداخلي ، وبهذا تساعد في ابقاء هذا الصراع مكبوتا ، كما ان في هذه الاعراض المرضية فائدة الارضاء النفسي للمريض الى حد ما لانها تمثل حلا وسطا بين ما يرغب فيه الفرد وبين ما ينكره . ان هذا الصراع، وهو اساس الامراض النفسية، يوجد في العقل ولكنه غير معروف لصاحبه. وهو صراع قائم بين جانبين في الشخصية بكاملها . وتتضح القيمة الدفاعية للحالة المرضية النفسية بالنسبة للمريض ، ان المريض اثناء عملية التحليل النفسي يفضل الاحتفاظ باعراضه على ان يصبح واعيا لاسباب وطبيعة الصراع المؤلم في اعماق نفسه . وما الاعراض المرضية في نظر فرويد الا بديلا عن هذا الصراع الذي يظل كامنا في اللاوعي وجهاد المريض لكي يتخلص من اعراضه المرضية المؤلمة ، وفي نفس الوقت لكي يتجنب وعي الصراع النفسي اللاوعي الذي يكمن وراء هذه الاعراض المرضية . وهكذا فان جميع الاعراض المرضية حسب النظرية الفرويدية ما هي الا نتيجة هذا الصراع بين القوى المكبوتة والقوى الكابتة لها .

٢ - آدلــــر

مركب النقص Inferiority Complex والتعويض عنـــه بالمرض Compensation .

ادلر احد ثلاثة اشتركوا واشتهروا في تكوين مدرسة التحليل النفسي (فرويد – ادلر – يونغ) . والتي تزعمها فرويد . وقد اتفق ادلر مع فرويد في المباديء الاساسية للنظرية التحليلية كوجود اللاوعي وعملية الكبت واستقصاء اللاوعي بعملية التحليل النفسي . واتفق معه ايضا بنظرية الالتزام النفسي التي تقول بان ما من حادث عقلي يأتي بصورة عرضية ، وان مـا يظهر من اعراض مرضية في الامراض النفسية مما يظن انها غير معقولة او مفهومة يمكن استجلاء معناها اذا ما ربطت ووقعنا على اصلها كذكريات مؤلمة في اللاوعي وانها كانت تسعى نحو الظهور . ولكنه اختلف مع فرويد، الذي اكد بان هذا الالتزام مقرر بعوامل بايولوجية كالغريزة الجنسية، بينما رأى ادلر بان هنالك عوامل ذاتية نفسية كالاراء والقيم والمثل التي تقرر مثل هذا الالتزام ايضا .

لقد انشق ادلر عن فرويد سنة ١٩١١ ، بسبب تأكيد فرويد واصراره على ان الامراض النفسية تعود الى اساس من التجارب الجنسية الفاشلة والمكبوتة في حياة الطفولة ، وانشأ لنفسه فلسفة خاصه لتفسير السلوك الانساني والامراض النفسية . وتعرف نظريات ادلر في هـــذا الموضوع بالسايكولوجية الفردية . «Individual Psychology» وفيها يرى ادلر ان السلوك الانساني ، يمكن تفسيره على انه محاولة الفرد للحصول على السيطرة على الغير . والدافع الى ذلك هو الرغبة في تحرير نفسه من الشعور بالنقص سواء كان هذا النقص جسميا او عقليا ، فعليا او متخيلا . وهو يرى ان الامراض النفسية مـــا هي الا تعبير عن اضطراب الشخصية بكاملها وان ال «انا» Ego يلعب دورا هاما في احداث هذه الامراض. وان العوامل الغير جنسية ايضا يمكن ان تؤدي الى صراع نفسي قد ينتهي بحالات

من المرض النفسي . وقد افترض ادلر « شعور النقص » في كل انسان وكان يرى ان محاولة الفرد للسيطرة على الغير كوسيلة للتغلب على شعوره بالنقص قد تأتي باحدى النتائج التالية : —

١ — التعويض الناجح في العلائق الاجتماعية وفي الحياة العملية وفي العلاقات الجنسية .

٢ — التعويض الزائد الذي يظهر على شكل اضطراب في السلوك . ويأتي ذلك عندما يصبح الدافع للتعويض عن النقص شديدا وملحا .

٣ — اللجوء الى المرض كوسيلة للحصول على السيطرة . ويقول ادلر في ذلك « ان كل مرض نفسي يمكن فهمه على انه محاولة من الانسان لكي يحرر نفسه من الشعور بالنقص «Inferiority Complex» ولكي يحصل على شعور بالقوة والعظمة «Superiority Complex» وأن الامراض العقلية ما هي الا نتيجة الفشل التام في قهر الشعور بالنقص » وقد اورد ادلر حالات كثيرة تؤيد ما ذهب اليه من ان الاضطرابات العاطفية والامراض النفسية لها سبب رئيسي وهو شعور الشخص الواقعي او الوهمي بوجود نقص فيه . وهذا الشعور في نظر ادلر يدفع بالفرد الى التعويض عنه بالسيطرة على الاخرين ، وهو يرى بان المرض هو احدى الوسائل الفعالة للحصول على هذه السيطرة وبالتالي في ادراك التعويض اللازم عن الشعور بالنقص . وقد اعتبر ادلر الشخص الطبيعي بذلك الذي يستطيع ان يضع نصب عينيه اهدافا واقعية يمكن تحقيقها. اما المريض نفسانيا فهو الذي قد يضع امام عينيه او في خياله اهدافا غير واقعية يصعب او يتعذر ادراكها، وهو لذلك « يتعذر » عن بلوغها بالمرض . وقد طبق ادلر هذه المبادىء في عملية التحليل النفسي التي اتبعها ، وعن طريق اسلوبه في العلاج النفسي . فقد كانت غايته في كليهما اكتشاف الاهداف الخيالية في حياة المريض، والعثور على مصادر الشعور بالنقص في نفسه ، كما كان يسعى الى تهيئة البصيرة الكافية له لكي يتأمل نمط حياته الخاطيء، وذلك عن طريق تقديم الشواهد الفعلية اثناء عملية التحليل

النفسي . وكان هدفه العلاجي هو توجيه المريض توجيها وتهيأته واقعيا ضمن امكانياته وظروف حياته الى اختيار اهداف واقعية قابلة للتحقيق وتهيأته للاتصال الاجتماعي الاكثر ملائمة ومطابقة لحاجاته وللحياة النفسية السليمة والمتوازنة .

ان ادراك ادلر بان شخصية الفرد وحده متكاملة، واعتقاده باهمية العوامل الغير جنسية في احداث الصراع النفسي ، وفي اهمية الدور الذي يلعبه الـ « انا Ego » ، اضافة الى ادراكه لاهمية العوامل الثقافية، كل هذه الامور جعلت من نظرياته اكثر تقبلا عند الكثيرين من علماء النفس . ومع ان مدرسته اصبحت عديمه الوجود بشكل واضح ، الا ان الكثير من مباديء فلسفته النفسية قد اقتبست بشكل ما من قبل الكثيرين ، وخاصة اولئك الذين يؤكدون على اهمية الصلات الاجتماعية في اقامة التوازن النفسي في حياة الفرد . لقد كان لنظريات ادلر بدون شك بعض الاثر في حمل فرويد على التخلي عن موقفه المتصلب في البداية من ان العوامل الجنسية هي الاساس للامراض النفسانية ، وادت الى قبول فرويد بان ال « انا » والعوامل الغير جنسية لها اثرها في تكوين الامراض النفسية . الا انه مما لا يمكن قبوله كلياً في نظريات ادلر تأكيده الشامل على ان مركب النقص هوالقوة المسيرة والفعالة في الحياة السلوكية والنفسية للفرد. ومهما كانت قيمة نظريات ادلر في الوقت الحاضر فانه لا يمكن لاحد ان ينكر اهمية شعور الفرد بالنقص في التأثير على مظاهر حياته السلوكية . وهنالك الكثير من الشواهد السريرية في الامراض النفسية التي تثبت فعالية هذا الشعور في احداث بعض الامراض النفسية مما يبرر الى حد ما نظريات ادلر .

٣- كَارل يونغ * « Carl Jung »

ثاني من اشتهر من جماعة فرويد في «الحلقة الداخلية» لحركة التحليل النفسي. غير انه كأدلر عارض فرويد بسبب تأكيده الشديد على اهمية الامور الجنسية. وعلى خلاف فرويد فان يونغ لا يعتقد بان عملية الكبت ذات اثر هام في تسبب الامراض النفسية. وكان اهتمامه موجها الى اهداف المستقبل بدلا من تجارب الماضي، ويرى ان الوضع الحالي للفرد، هو مفتاح الامراض النفسية. ومن اقواله: « لم اعد أرى اسباب الامراض النفسية في الماضي ولكن في الحاضر، وأسأل نفسي دائماً ما هي المهمة التي لا يستطيع المريض تحقيقها ؟ ». وكان يرى ان الصراع في المريض نفسيا ليس بين الدوافع البدائية (الجنسية) وبين متطلبات المجتمع، وانما بين نواحي من الشخصية لم تنمو نموا متساويا. ومن ارائه ان عملية التكيف في الحياة قد تتطلب في بعض النـاس استعمال الفكر، وفي البعض استعمال الشعور، وفي اخرين استعمال الاحاسيس. واذا وقع الانسان على موقف لا يستطيع تكييف نفسه معه، فسبب ذلك أن اداة التكييف اللازمة غير كافية لمجابهة الموقف. والنتيجة الاولى لفشل التكيف هذا هو في نكوص الفرد وعودته الى مستوى سابق في تطوره العقلي، وقد يكون هذا المستوى خلاقـا ويفي عن هذا الطريق بضرورة التكيف، ذلك ان عملية النكوص هذه على حد تعبير يونغ « هي عملية ستراتيجية يستدعي فيها الانسان الاحتياطي من اللاوعي الجماعي، الذي له امكانيات من الحكمة لا يملكها اللاوعي الشخصي » .. وان لم يستطع الانسان ان يتوصل بعملية النكوص هذه الى « حل خلاق » فان الفرد يستمر في استعمال صور ومظاهر مستمدة من طفولته، وبهذا يصل الى حالة الاضطراب النفسي. وكانت طريقة يونغ في العـلاج النفسي تعتمد على مبدأ جلب المريض بحيث يواجه « حكمة » اللاوعي الجماعي، وهي حكمة شافية في نظره، لانها تمكنه من رؤية مشاكله بوضوح وجلاء. واسلوبه التحليلي كان يعتمد بالدرجة الاولى على تفسير الأحلام.

لا شك بان يونغ قد ادرك حظا ساميا في سعة الافق الفكري وبدرجة لا تقل كثيرا عمـــا بلغه فرويد . غير انه لم يستطع ادراك مراميه باسلوب علمي يقبل البحث والاستنتاج. ولعل خطأه هو خطأ كل الباحثين المتافيزيائيين و الانثروبولوجيين الذين ينظرون الى الانسان من ناحية الجماعة ، وليس كفرد . ومهما كان تقدير المستقبل لارائه الغامضة والمعقدة ، فمن الواضح الان انه خلف اثارا هامة في علم النفس لعل اهمها تقسيمه الشخصية الى انطوائية وانبساطية ومـا تفرع عنهما . واذا كان هنالك اليوم من يعتبر مدرسة يونغ ذات قيمة اثرية فقط في تطور علم النفس، الا ان هنالك من انصاره من يتشوف لها مستقبلا يحل به محل فرويد في مجالات علم النفس .

كارل جوستاف يونغ (٨٧٥ – ١٩٦١) سويسري الاصل ، ولد في بازل ، ودرس الطب في جامعتها ، ثم تابع دراسته النفسية متتلمذا على جانيت في باريس وعـــاد بعدهـــا الى زوريخ ومارس الامراض النفسية والعقلية وانضم الى حلقة فرويد ١٩٠٧ وانفصل عنه سنة ١٩١٢ واسس لنفسه مدرسة خاصة تعرف « بالسايكولوجية التحليلية » .

واهم مآثر يونغ في علم النفس هي :

١ – تقسيمه الشخصية الى اصناف – انطوائية وانبساطية .

٢ – رفضه لنظرية فرويد التي اكدت الاهمية العظمى للتجربة الجنسية في الطفولة في تسبيب الامراض النفسية واهتمامه بدلا من ذلك في الصراع الاني الذي يراه اهم من تجـــارب الطفولة في احداث الامراض النفسية .

٣ – افتراضه وجود طبقات اللاوعى (الشخصي والاجناسي والجماعي) .

٤ – ابتكاره لطريقة « تداعي الكلمات » كوسيلة لاستقراء اللاوعي .
"Word Association"

آلفـْرد مـَايِر

« المدرسة السايكوبايولوجية   Psychobiolgical School »

اسس هذه المدرسة « الفرد ماير » ، وهو سويسري الاصل ثم هاجر وعمل واشتهر في امريكا . وهو معاصر لفرويد وله اثر عظيم على التوجيه الفكري الحديث نحو الامراض النفسية والعقلية وخاصة في امريكا وانجلترا .

يرى ماير ان ادراك الحياة العقلية والسلوك الانساني يعتمد على تفهم العوامل البايولوجية والسايكولوجية والاجتماعية ، وان تفسير الشخصية الكاملة للفرد يتطلب دراسة شاملة لصفاته الجسمية بالاضافة الى غيرها من المؤثرات الاجتماعية والعاطفية والثقافية التي تعرض لها في حياته . ويرى ان العمليات المتكاملة وتفاعلاتها امور لا تأتي بمجرد المصادفة ، وانما تأتي لاسباب حتمية تتقرر من تفاعل الامكانيات البايولوجية للفرد ، مع العوامل المحيطية الآنية والسابقة ، على مصادر الحس والحركة والغريزة والعواطف والادراك والذاكرة وعمليات التداعي الذهني والانتباه وغيرها من مظاهر الحياة العقلية . وهذا التفاعل في مجموعه يكون السايكوبيولوجية ، او العمل العقلي المتكامل في خدمة الحياة (ارجيزيا Ergasia) على حد تعبيره . وعلى ذلك فان اي رد فعل مرضي او سلوكي معين ، يجب ان يستند الى العوامل السابقة الذكر لا من حيث قيمتها الآنية ، وانما استنادا الى النتائج التفاعلية المتعاقبة والمستمرة ، والتي تبدأ منذ الطفولة ، وحتى الوقت الحاضر . وهذه الاستمرارية في التفاعل تستند الى تفاعلات الماضي وتستمر في كل فترة من فترات الحياة كعوامل مؤثرة في تكوين الفرد ، وبالتالي كعوامل مقررة في طبيعة اي تفاعل جديد وفي نتائجه . وهذه هي الصفة التي تميزت بها مدرسة ماير السايكوبايولوجية عن غيرها من المدارس التي تفسر الامراض النفسية .

وقد اقتضت هذه المدرسة بطبيعة الحال ضرورة دراسة حياة كل مريض

دراسة وافية وشاملة خلال كل دور من ادوار نموه وتطوره وخبرته . فقد كان ماير يعتقد بان المريض هو في آن واحد ناتج هذه الخبرة وفريسة لها . واقتضى ذلك من المعالج للامراض النفسية والعقلية ان يكون محيطا بتأريخ الطب والعلم، وبالنظريات التي يؤمن بها والتي يعارضها ؛ وملما ايضا بمجموع الأرث الثقافي الذي تمثله الثقافة المعينة التي ينتمي اليها المريض ، ففي مثل هذه المدنية اما يعيش الانسان صحيحا واما يصاب بالمرض اعتمادا على تفاعل شخصيته الكاملة في هذا العالم الذي يعيش فيه .

مع ان مدرسة ماير تمثل توجها منطقيا وعلميا في تفسير الامراض النفسية ، يهدف الى النظر الى الانسان الواحد كوحدة متكاملة لا يمكن تجزئتها الى مظاهر متفرقة ، كما تهدف الى الجمع بين الجسم والعقل وبين النواحي السايكولوجية والبايولوجية في تسبيب جميع الانفعالات العقلية والنفسية ، الا ان هنالك بعض المآخذ ونقاط النقد التي وجهت الي هذه المدرسة واهم هذه اهمال المدرسة الألتفات الى العمليات النفسية الداخلية للفرد، هذه العمليات التي تعتمد عليها المدرسة التحليلية . ثم ان المدرسة قد اهملت الالتفات لأهمية العامل الوراثي في تكوين الشخصية ، واكدت بدلا من ذلك على العوامل الاجتماعية والنفسية والمحيطية . وفي اصرار ماير على اعتبار كل مريض كفرد فريد في تكامله وكيانه، يدرس ويعالج على هذا الاساس، فقد جعل من المتعذر القيام بتصنيف الحالات المرضية ، وبذلك يكون قد حجب عن المريض امكانية الاستفادة من تطبيق قواعد عامة للعلاج . ومع اهمية هذه الفجوات في مدرسة ماير السايكوبايولوجية، الا ان المدرسة تمثل الى حد بعيد الخطوط الرئيسية التي يقوم عليها علم الامراض النفسية والعقلية في الوقت الحاضر ، والتي ساهمت هذه المدرسة في رسمها مساهمة كبيرة . ويمكن اعتبار هذه المدرسة خطوة هامة في اتجاه مدرسة اكثر حداثة واكثر شمولا وهي مدرسة « تعدد العوامل » في تسبيب الامراض النفسية والعقلية . وهي المدرسة التي تلتفت الى ما اهملته مدرسة ماير من المؤثرات الوراثية والعوامل النفسانية .

المدرسة الوجودية هي احدى المدارس التي اشتهرت في اوائل القرن العشرين، وان كان انصارها يردون تعاليمهم الاساسية الى الكاتب المشهور سورين كير كغارد، الذي يعتبرونه الفيلسوف الاول لحركتهم . وقد وجدت هذه الحركة الفلسفية – كنمط من الحياة – طريقها الى المجالات الفلسفية والادبية والسايكولوجية المعاصرة .

بدأت هذه الفلسفة بمحاولات من المنطق والحوار الفلسفي بغية الوصول الى فهم لطبيعة الاشياء والانسان وحتى طبيعة الكون . وقد جاء ذلك كرد فعل من بعض الكتاب الرومانطيقيين والفلاسفة امثال كاروس وشلنج وشليجل ، للاتجاه العلمي المستمد من الاكتشافات في العلوم الطبيعية . وقد اتجه هؤلاء الكتاب الى نبذ الفلسفة « الديكارتية » القائمة على اساس من ضرورة الفصل بين الشخص والموضوع (العقل والجسم) كشرط اولي لبدء التفكير العلمي ، ودعوا بدلا عن ذلك الى اتجاه « وحدوي » لتفهم الحياة الانسانية مستمداً من «وعي الأنسان لنفسه .. وفي عالمه : (ان يوجد في العالم = الوجودية) ، ومن هنا منشأ عقيدة الوجودية واساس فلسفتها . وقد قامت الى جانب هذه الاتجاهات الفلسفية والادبية، دراسات جدية وانسانية من بعض مشاهير المختصين في الامور النفسية والعقلية ممن يدعون الى اتجاه كلي ومباشر وغير مجرد لمشاكل مرضاهم . وطريقتهم في تحليل هذه المشاكل هي في ان يضع الطبيب نفسه موضع المريض، وعن طريق كهذا فقط يستطيع الطبيب في نظرهم ان يفسر الاعراض المرضية التي يشكو منها المريض .

مع ان السايكولوجية الوجودية تحليلية الاتجاه والاسلوب ، الا انها تعارض السايكولوجية الفرويدية وغيرها من النظريات التي تبدأ بالنظر الى الفرد او لجزء منه بشكل مجرد عن علاقته بغيره في « عالمه » . ذلك ان الوجوديين يعتقدون

باننا لا يمكن ان نكون « انفسنا » الا « من » وعن « طريق » عالمنا . وهكذا فهم يبدأون بالانسان وعلاقته بغيره من الناس ومنذ البداية في « عالم » . وان الانسان لا يمكن ان يكون له وجود بدون « عالمه »، ولا يمكن لعالمه ان يكون له وجود بدونه . ووعي الانسان لنفسه في عالمه، يعطيه الشعور بضعفه وبحدود وجوده ، ويجعله يتشوف حتميته النهائية ، وهي الموت ، وهي الحقيقة الاكيدة الوحيدة بالنسبة لفلسفة الوجودية (هيدجر Heidegger) . ويرون ان الانسان لا يستطيع ان يكون حرا ، فهو لا يستطيع التخلص من عقله حتى لو اراد ، ولا يستطيع التخلص من جسمه ما دام حيا، وجسمه يجره على الرغبة في البقاء حيا. وهكذا فاننا نولد بدون اختيار ، ولا بد ان نموت في النهاية، واننا هنا لفترة قصيرة من زمن التاريخ كله ، وان مقدرتنا لا يمكن ان تصل ابعد من الحدود التي وصلتها ثقافتنا في وقت ما .

ان المدرسة الوجودية السايكولوجية تهمل اللاوعي وتجارب الطفولة التي خزنت فيه ، كما انها تهمل القوى الغريزية في الانسان . وبدلا من ذلك تؤكد على أل « انا » فقط . وهي تعطي التجربة الشخصية للفرد ، المحور الاساسي لفهم نفسيته ، وهي تقيم وزنا كبيرا للغة التي يعبر فيها الفرد عن هذه التجربة . والمدرسة تتخلى بشكل اجمالي عن جميع مصادر ونتائج البحث العلمي وعن قيمتها في فهم الانسان . ويقول في ذلك الدكتور بنزوانجر Binswanger، وهو احد الفلاسفة الناطقين باسم المدرسة التحليلية الوجودية « ان الارض والتربة التي يمكن بها للامراض العقلية ان تجد جذورها كعلم جدير بها ، ليست عن طريق دراسة انسجة الدماغ ولا الفسلجة او علم الحياة ، وليست في علم النفس وعلم الاخلاق والامزجة ولكنها في الانسان».

قد يكون من الصعب تتبع الكثير من الغموض في المدرسة الوجودية باطرافها الفلسفية والادبية والسايكولوجية . والواقع انه لا توجد قواعد فلسفية واضحة وثابتة ومعينة لهذه المدرسة . ومع ذلك فان للمدرسة الوجودية التحليلية بعض

الاهمية، ذلك انها تهدف الى فهم الانسان الواحد بشكل كلي ومباشر. وبطريقة تجمع بين وجوده في وحدانية في عالمه، ووجوده باتصال مع غيره في هذا العالم. كما انها بدعوتها الى تفهم تجربته الفردية والشخصية تعتبر خطوة هامة في طريق « انسانية » الفرد، بدلا من النظر اليه بشكل موضوعي مجزءا ومجرد كما هو واضح من تطبيق الطريقة العلمية في دراسته التي يصفها احد الاطباء من اصحاب المدرسة الوجودية بانها اشبه ما تكون بمن يحاول ان يغلي الماء ليصنع ثلجا .

بافلوف وفرويد، كلاهما من عصر واحد. وبينما اتجه فرويد في تفسيره للسلوك وللامراض النفسية اتجاها نفسيا ، نجد ان بافلوف قد اتجه الى الاساس المادي في فسيولوجية الدماغ لتفسير هذه الامور . وقد وجد بافلوف انصارا كثيرين لنظرياته ، خاصة من اتباع المدرسة السلوكية وعلماء النفس التجريبيين ، الذين لم يجدوا في نظريات فرويد ما يمكن اثباته علميا بالتجربة والاختبار . وبالنظر لاستنتاجات بافلوف ، من ان سلوك الفرد يتقرر بالتدريب في وقت مبكر من الحياة ، وبأنه يتأثر بالظروف الاجتماعية والمحيطية ، ومن ان الوراثة والغرائز عديمة الاثر او قليلتها في تكوين السلوك الطبيعي او المرضي ، لهذا لاقت نظرياته قبولا وترحيبا في روسيا ، حيث اعتبرت تجاربه واستنتاجاته تجسيدا للفلسفة المادية ودعامة علمية لاتجاهاتها الاقتصادية والاجتماعية . ومع كثرة نواحي النقد الموجهة الى تجارب بافلوف الحيوانية وتطبيقاتها على السلوك الانساني ، الا ان هنالك اعتقادا يسود معظم الاوساط العلمية من ان هذه النظريات، باعتمادها على الاسلوب العلمي في البحث، واستنادها على الاساس المادي في التسبب ،هي اكثر اهمية من نظريات فرويد الافتراضية، التي تعتمد على التجربة الذاتية، والتي لا يمكن اثباتها موضوعيا وعلميا . وترى هذه الاوساط، ان نظريات بافلوف اكثر حظا في البقاء من نظريات فرويد النفسية .

ولد بافلوف في روسيا عام ١٨٤٩ ، وتوفي قبل وفاة فرويد بثلاث سنوات (١٩٣٦) . وقد حاز بافلوف على جائزة نوبل لابحاثه الفسيولوجية في عمليات الهضم. على ان ابحاثه التي اشتهر بها عالمياً، والتي اعتبرت اساساً لنظريات التطبع الشرطي Conditioning ، قد جاءت بعد ذلك .

لقد بدأت تجارب بافلوف ، بمحاولته دراسة تأثير عوامل الاثارة الحسية على عملية افراز اللعاب في الكلاب . والمبادىء الاساسية التي لاحظهـــا بافلوف في

الظروف المبسطة لتجاربه ، هي ان تقديم الطعام الى الكلب يوءدي اعتيادياً الى افواز اللعاب. وسمي بافلوف عامل تقديم الطعام بالعامل الغير مشروط، واعتبره عاملاً أولياً أو بدائياً ، وسمى عملية سيلان اللعاب ، برد الفعل الغير مشروط . ومن هذه التجربة الأولية، تقدم بافلوف بخطوة اكثر تعقيداً، فقام بمحاولة ربط تقديم الطعام للكلب، بدق الجرس في نفس الوقت الذي يقدم فيه الطعام، ولاحظ بافلوف، ان تكرار هذا الارتباط الحسي والزمني عدة مرات، أدى بعد مدة الى سيل لعاب الكلب عند سماعه الجرس فقط وقبل تقديم الطعـــام . وقد اطلق بافلوف على العامل الحسي – الصوت –، بالعامل المشروط ، أو الشرطي ، وعلى رد الفعل من سيل اللعاب، برد الفعل المشروط. وقد تقدم بافلوف من هذه التجربة الشرطية البسيطة الى محاولات تجريبية اكثر تعقيداً واكثر تعدداً في عواملهـا الحسية وفي ارتباطاتها الزمنية ، كما حاول ملاحظة الوسائل التي يتم بهـــا دعم وتعزيز الارتباطات التفاعلية الشرطية، أو التي تؤدي الى اضعاف هذه الارتباطات وابطالها. لقد تمخضت تجارب بافلوف على الحيوانات عن استنتاجات معينة تفسر سلوك هذه الحيوانات في الظروف التجريبية، وقد حمل بافلوب هذه الاستنتاجات درجة ابعد في محاولة تطبيقها على السلوك الانساني ، فقدم مجموعة من النظريات فسر فيها تكوين الشخصية ومظاهر السلوك الطبيعي أو الشاذ والامراض النفسية على اسس من عمليات التفاعل الشرطي . فنمو الشخصية وتطورها في رأيــه ، يعتمد على عمليات التمرين والتعود في الصغر، عندما يمكن في ذلك الحين بناء بعض خصائص الشخصية كالمثابرة وقوة الارادة وضبط النفس. والسلوك الشاذ في نظره ما هو الا تعبير عن خطأ مزمن في عمليات التطبع الشرطي، أما الامراض النفسية فهي نتيجة لاضطراب في عملية التدريب في الصغر، مما يعطي الدماغ حالة مزمنة من الاضطراب الوظيفي في العمل ، فالقلق، وهو محور الاعراض المرضية النفسية ، ما هو في نظر بافلوف ، الا رد فعل غير مناسب لتفاعلات شخصية سابقة . أما الامراض الاخرى التي يشكو منها المريض ، فما هي الا وسائل جديدة يتعلمهـا المريض للتقليل من حدة الشعور بالقلق ، وتظل هذه الأعراض ما دامت تخدم

غرض الابقاء على القلق في حدود محمولة . وهذه الفائدة الظاهرية، تعزز عمليات التفاعل الشرطي التي احدثت حالة القلق في الاصل ، وتساعد لذلك في استمرار الاضطراب النفسي الذي يشكو منه المريض. وقد قدم بافلوف واتباعه نظريات مماثلة لبقية الامراض النفسية وحتى الامراض العقلية . وقد تلي هذه النظريات التفسيرية للامراض النفسية واضطرابات السلوك ، نظريات اخرى في علاج هذه الحالات تعتمد على ان ما تعلمه الانسان خطأ ، يجب ازالته وتعليمه من جديد على اساس صحيح . وان الخطأ في عمليه التطبع، يزال فقط عن طريق مسح التطبع الخاطيء ، واقامة تطبع ملائم جديد . وقد طبقت هذه النظريات العلاجية في طائفة واسعة من اضطرابات السلوك والامراض النفسية، مثل التبول الليلي، والقلق، والغوبيا ، والسلوك السايكوبائي، والادمان ، والشذوذ الجنسي، وغيرها من الاضطرابات . وقد ادى نجاح هذه المعالجة التطبيعية الشرطيه في الكثير من المرضى، الى المزيد من البحث للوصول الى طرق واساليب تعتمد نفس المبدأ، ولكن بصورة اكثر دقة واسرع سبيلا من الطرق المستعملة حاليا . ولعل اهمية نظريات بافلوف تكمن ، ليس في تفسير الامراض النفسية واضطرابات الشخصية او في علاج هذه الامراض والاضطرابات ، وانما في قيمتها الوقائية كوسيلة تدريبية تربوية وتعليمية، تستهدف تنمية الشخصية من مطلع تكوينها على اساس صحيح سليم، يقيها خطر الانحراف والاضطراب النفسي.

قد يبدو لاول وهلة، ان هنالك تعارضا اساسيا واختلافا واسعا لا يمكن التقريب منه، بين المدرستين المادية الشرطية ، كما جاء بها بافلوف ، والدينامية النفسية، كما جاء بها فرويد . والواقع ان هنالك الكثير من اوجه الشبه بينهما ، وان اعتمدنا في الظاهر افتراضات متباينة ووسائل مختلفة في البحث والعلاج . فكلاهما تردان تكوين الشخصية واسباب اضطرابها الى سن الصغر ، وكلاهما تريان بان الطريقة المثلى للعلاج هي في اصلاح الاخطاء التفاعلية التي نشأت في سن مبكر واستبدالها بتفاعلات مناسبة وجديدة . ووجه الخلاف كما هو واضح ، هو ان بافلوف واتباعه، يفسرون الاضطرابات السلوكية والنفسية على اساس من

خطأ في التفاعلات الشرطية التي تعرض لها الفرد في نموه ، ويضع بافلوف قاعدة هذا الخطأ في القشرة الدماغية . بينما نجد ان فرويد واتباعه يردون هذه الاضطرابات الى الصراعات النفسية التي يتعرض لها الفرد في تجربته العقلية، والى فشله في حل هذه الصراعات حتى بعد اللجوء الى عمليات الكبت المختلفة التي يستغلها العقل تلقائيا كوسيلة دفاعية للتخلص من وطأة هذه الصراعات . واذا امكن لاحد ان يعيد سكب نظريات فرويد هذه ، بحيث ينظر الى الصراعات النفسية بانها عمليات فسيولوجية من التضارب بين عوامل التطبع الشرطي من اثارة او نهي ، وان عملية الكبت ما هي الا تسلط عوامل النهي على عوامل الاثارة ، وان الاعراض السلوكية والنفسية ما هي الا ردود فعل الجهاز العصبي بسبب فشله في اقامة التوازن بين التفاعلات الشرطية المختلفة قديمها وحديثها، اذا امكن كل ذلك ، فسيؤول الفرق بين النظريتين الى مجرد اختلافات في سبل البحث وفي لغة التعبير عن هذه السبل .

المَـدرَسَـة السّـلوكيَّة Behaviourist School

يقترن اسم هذه المدرسة عادة باسم جون ب . وطسون Watson ، الذي بدأها حوالي الحرب العالمية الاولى . وقد جاءت المدرسة في الاساس بمثـابة احتجاج واعتراض على افتراضات المدرسة النفسية التحليلية التي جاء بها فرويد، بما فيها من تأكيد على العمليات العقلية الواعية وغير الواعية، التي اعتبرها وطسون عديمة الاهمية والاثر في تكوين السلوك الانساني وفي دراسته . وقد ردت هذه المدرسة السلوك بدلا من ذلك، الى عمليات التكيف البدائية التي تتطور مع مرور الزمن تبعا للمؤثرات المحيطية . ومن هنا نجد اوجه الشبه والتلاقي بين المدرستين: السلوكية ، والشرطية التطبعية التي جاء بها بافلوف .

لقد رأى وطسون واتباعه، ان الدراسة الصحيحة لعلم النفس، هي الدراسة الموضوعية للسلوك ، ما يقوله الانسان وما يفعله ، لا في مـا يتأمله عن نفسه في حالة الوعي، او ما يمكن الكشف عنه بوسائل ذاتية اخرى. وعلى هذا فكل ما هو غير سلوكي، لا يمكن اخضاعه للتجربة والملاحظة ، ولا يمكن اعتماده كمصدر موثوق به من مصادر العلم . ومع الاهمية العلمية للحقـائق التي تأتي عن طريق التجارب الموضوعية ، فمن الواضح انه لا يمكن اهمال التجربة العقلية المصاحبة لهذه التجارب الموضوعية . وفي اهمال المدرسة السلوكية لهذا المصدر الهـام من الدراسة الانسانية نقطة ضعف اساسية لا يمكن التقليل منها . ومع ذلك فان المدرسة السلوكية، بطرق بحثها الموضوعية والعلمية ، قد ساهمت كثيرا في ابراز الكثير من الحقائق الفسيولوجية السلوكية في الجهاز العصبي وفي الجسم، وفي ربط الاثنين معا في وحدة تفاعلية متكاملة .

نظريّة "الاتصال الاجتماعي « Interpersonal Relations »

« سلفان Sullivan »

هذه النظرية تختلف عن النظريات السايكولوجية التحليلية التي جاء بها فرويد وأدلر ويونغ وغيرهم ، والتي تؤكد على اهمية القوى الغريزية في تكوين شخصية الانسان ، بينما تؤكد نظرية سلفان اهمية التجارب الاجتماعية المستمدة من العلائق والصلات الاجتماعية التي يتعرض لها الفرد منذ الولادة في تكوين شخصيته . والشخصية بالنسبة لسلفان ، هي كيان له طاقته الخاصة ، واهم اهداف هذا الكيان في نظره، هو التقليل من شعور الضيق الذي قد يتحسس به الفرد . ومصادر هذا الضيق اما تأتي بسبب الحاجات المادية، كالجوع والعطش، واما تأتي من الاوضاع التي تثير شعور القلق والخوف وعدم الاطمئنان الناجمة عن الخطأ في الصلات الاجتماعية بين الفرد وما يحيط به . وقد حاول سلفان اعطاء منهاج لادوار نمو الشخصية ، واتخذ نمو الصلات الاجتماعية محورا لتطور هذه الادوار ونموها . وفي جميع هذه الادوار يؤكد سلفان على المتطلبات التي يفرضها المجتمع على الفرد كما يؤكد جهود الفرد ومحاولته العيش بهدوء وسلام واطمئنان في المجتمع الذي يعيش فيه .

ان الكثيرين من الاخصائيين يقيمون وزنا كبيرا للعوامل والصلات الاجتماعية في اعطاء المعالم الاساسيه للشخصية . وينظرون الى الاضطرابات النفسية وحتى العقلية ، بانهـــا نتيجة لعدم التوازن العاطفي بين الفرد ومجتمعه . وهم يرون ان العلاقات الانسانية على جميع مستوياتها، هي المصادر المحركة والمكونة للعواطف الهامة التي ينفعل بها الانسان من حب، وكراهية، واثم، وغضب، واطمئنان، وقلق، وخوف، وحسد، وسعادة، وكآبة ، وغيرها من الوان الشعور ، ولا يمكن لهذه الانفعالات من ان تنقضي دون ان تترك، ولو بعض الاثر في نفسية الانسان وفي قابليته على التفاعل العاطفي في المستقبل . ويرى بعض علمـــاء النفس، ان اهم العلاقات الاجتماعية تأثيرا في تكوين الشخصية وفي احداث الحالات المرضية، هي

العلاقات التي تقوم في سن الطفولة، وخاصة العلاقات الخاطئة والمتكررة ضمن النطاق العائلي. ويرى آخرون ان الظروف والصلات الاجتماعية الآنية، هي الأهم في تقرير طبيعة الانفعالات العاطفية وفي ترسيب الحالات المرضية، ويركزون اهتمامهم العلاجي على احداث التبديل الملائم في هذه الظروف . وتأكيد البعض على فترة الطفولة، والبعض على الفترة الحاضرة، لا يعني التعارض بين الاتجاهين . ذلك ان الصلات الاجتماعية الحديثة العهد في تجربة الفرد، تثير بشكل تلقائي الانفعالات العاطفية التي سبق وانفعل بمثلها الفرد تحت تأثير تجارب اجتماعية في السابق، خاصة اذا توفر الشبه بين طبيعة الصلات السابقة وطبيعة الصلات الجديدة. ويرى انصار هذه المدرسة ، ان اهم نوع من الصلات الشخصية تأثيرا في تكوين الشخصية وفي احداث اضطراباتها النفسية والعقلية، هي العلاقة بين الطفل وامه. فالمشاكل النفسية الخاصة بالام قد تنعكس ، ولعلها تنعكس دائما ، في الطريقة التي تعامل بها الطفل ، وقد تحول هذه المشاكل بين الام وبين اعطاء الطفل القدر الكافي او الملائم او حتى الصحيح ، من الشعور بالاطمئنان والثقة اللازمين لعملية النمو العاطفي السليم والتفاعل الاجتماعي المريح .

ان الاضطرابات العاطفية التي تعانيها بعض الامهات، قد تدفع الأم الى احد اتجاهين في علاقتها مع طفلها، وكلاهما لا يضمن للطفل التوازن العاطفي اللازم لبناء شخصية طبيعية في تفاعلاتها . فالاتجاه الاول، يميل الى زيادة الحرص على الطفل ، مما يحدد من نشاطه وحريته ، ويقيد انطلاق ردوده العاطفية . وفي الحالة الثانية، تتجه الام الى اهمال الطفل ، مع ما في هذا الاهمال من حرمان للمصادر الاساسية والاولية لعاطفة الحب وشعور الاطمئنان . وقد لا يأتي الخطأ في العلاقات العاطفية بنتيجة العلاقة المباشرة بين الام والطفل بقدر ما يتولد من طبيعة العلاقات بين الام والاب في النطاق العائلي . ومثل هذا الخطأ يؤدي الى حالة نفسية دائمية من التوتر ، كما يخلق في الطفل مجموعة من المشاعر المتضاربة التي تدل على كبت وصراع بين اتجاهات. عاطفية متضاربة خلقت بالاساس بسبب التضارب في شعور الطفل نحو والديه .

ان عدم وضوح الاسباب في الكثير من الامراض النفسية ، وفشل النظريات والمدارس السببية التي سبق بحثها ، في اعطاء تحليل كامل ومقنع لتفسير هذه الامراض، يمكن تطبيقه على جميع الحالات المرضية او على معظمها، كل ذلك قد جعل من الضروري توسيع الافق السببي للامراض النفسية من السبب الواحد الى تعدد الاسباب . ومع اقرارنا بان المدارس والنظريات المختلفة التي اوردناهـا بالتفصيل من وراثية وتكوينية ومحيطية ومادية ونفسية وغيرها قد تفسر بعض الحالات المرضية ، الا ان واحدة منها، لا تكفي كليا كسبب للمرض، مهما ظهر للعيان وضوح هذا السبب واهميته في تكوين او ترسيب الحالة المرضية . فالرجل الذي ينهار لتعرضه الى تجربة مخيفة ، لا يكفي تعيين سبب الانهيار برده الى تجربة الخوف فقط . ولو كان كذلك، لتحتم اصابة كل فرد بالانهيار النفسي عند تعرضه الى مثل هذه التجربة ، وهذا لا يحدث . ثم ان الطفلة التي تصاب بصدمة نفسية لان دميتها قد تقطعت اطرافها، لا يمكن رد صدمتها الىما اصاب الدمية، ولو كان ذلك لتحتم اصابة كل طفلة بصدمة نفسية عندالتعرض الىالتجربة عينها. ومثل ذلك يقال في ما يصيب الفرد من انفعال عند الزواج او الخسارة او الفشل او الحمى او الوضع او السكر او الجوع وغيرها من التجارب التي لا حد لها ممـا يتعرض اليه الانسان ، مما يؤثر في بعض الناس ولا يؤثر في غيرهم .

مع ان الكثيرين من علماء النفس ما زالو يتقيدون بحماس في حدود النظريات السببية لكل مدرسة من المدارس التي سبق ذكرها، الا انه قد بات من الواضح، ان مثل هذا التقيد يبتعد كثيرا عن واقع الامراض النفسية كما يراها المختصون في هذا الموضوع ، ممن اتيحت لهم الفرصة للتمكن من الاساسين العلمي والنفسي في دراستهم، كما توفروا على الخبرة العملية الواسعة فيها. ولقد كان من نتائج الابتعاد عن نظرية السبب الواحد ، الاتجاه لتقسيم الاسباب الى مجالات مختلفة . وقد ظهرت لذلك عدة تعابير سببية منها .

١ – اصطلاح الامراض الوظيفية والامراض العضوية. ويقصد بالاول منها، تلك الامراض التي تحدث اثرا وظيفيا في الجسم بدون اساس عضوي ، والثانية يكون فيها العـارض المرضي مسببا عن آفة عضوية في عضو مـــا في الجسم . ويستعمل الكثيرون الان الاصطلاح الوظيفي Functional للدلالة على الامراض النفسية التي تنجم عن اسباب نفسية غير عضوية . ومن الواضح ان هذا التقسيم الى وظيفي وعضوي ، لا يفي بالغرض بالنظر الى صعوبة اثبات ان الاضطراب الوظيفي لا يستند الى اساس غير عضوي. وهنالك اعتقاد متزايد، بان كل مظهر للاضطراب الوظيفي مهما قل شأنه لا بد ان يعتمد على اساس عضوي، وان عدم اكتشافنا لهذا الاساس، لا يعني الا جهلنا بوجوده، وطبيعته، في حدود معرفتنا العلمية الحـــالية . وبهذا تصبح كلمة « وظيفي » كسبب، لا تعني اكثر من « لا ادري السبب حتى الان» !.

٢ – اصطلاح « التكويني » و«المكتسب» . وهو تقسيم سببي يفيد احيانا، ولكنه يثير التساؤل عن الحدود التي يبدأ فيها السبب التكويني وينتهي، وتأثير هذا السبب في الاعداد للتجربة المكتسبة وتقرر امكانيات رد الفعل لها . وهذا التساؤل ضروري بالنظر لما نشعر به باستمرار من ان عملية التكوين هي عملية مستمرة ، وان امكانيات الفرد تعزز الى حد بعيد اختياره للتجربة الحياتية ، كما تقرر ردود فعله لكل تجربة منها . وبهذا تكون العوامل المكتسبة الى حد بعيد من نتائج النمو التكويني ولا يمكن النظر الى اهميتها الآنية بصرف النظر عن التجربة الحياتية السابقة للفرد .

٣ – التصنيف الى اسباب «داخلية» و«خارجية». ويقصد بذلك الاسباب المستمدة من داخل الجسم مهما كانت طبيعتها ، والاسباب الخارجية عن الجسم . وهنا يصعب وضع حدود واضحة تعيين مكان التجربة النفسية التي قد تأتي من الداخل، بنتيجة تحسس تلقائي من الفكر او بنتيجة احساس داخلي في الجسم، او تأتي من الخارج، بتأثير الاحاسيس التي تربط الانسان مع محيطه .

ومن التقسيمات السببية الاكثر قبولا في الوقت الحاضر، تحليل العوامل السببية الى اربعة فئات، واعتبارها بمجموعها ذات اثر متفاوت الاهمية في احداث الحالة المرضية . وهذه العوامل الاربعة هي العامل الوراثي Genogenic ، والعــــامل النسيجي (العضوي) Histogenic ،والعامل الكيميائي Chemogenic ، واخيرا العامل النفسي Psychogenic . وهذا التقسيم، وان كان يبتعد عن المتطلبات المثالية، الا انه افضل من التقسيمات السابقة لمــــا يعطيه من مجال اوسع للبحث والملاحظة . والاهم من ذلك انه يعطي الانطباع الكافي بان اسباب الامراض النفسية متعددة العوامل، وان من الخطأ في التقدير والفهم حصرها في سبب واحد. ومن الجلي ان هذه العوامل الاربعة ، ما زالت غير واضحة الحدود، كما ان من الصعب بيانها في الكثير من الحالات . فالعامل الوراثي ما زال غامضا في قواعد انتقاله وطريقة تأثيره ، والعامل النسيجي قد لا تظهر اثاره في حياة الانسان، بالاضافة الى جهلنا بالكثير من التغيرات النسيجية التي قد تحدث في الدماغ . ومثل ذلك يقال في العامل الكيمياوي الذي ما زالت الابحاث فيه بالنسبة للجهاز العصبي ، برغم سعتها ، في اطوارها الاولى . ثم ان العــــامل النفسي له حدوده الواسعة، وهي ذات اتصال متشعب ومعقد ومتصل بكل ناحية من نواحي الحياة. وليس من السهل على احد، ان يعين الحدود الفاصلة بين التجربة النفسية وبين اوجه تفاعل الفرد مع محيطه الداخلي والخارجي . واذا كان هنالك ميل لتحديد هذه التجربة النفسية على اسس وقواعد معينة ، فــــان هذا الميل لا يتفق مع طبيعة تكامل التجربة الانسانية. وقد لا يمر زمن بعيد، لكي يزول الفرق بين ما يسمى بالعامل النفسي والعامل المادي في تسبيب هذه الامراض . والى ان يأتي الزمن الذي تتضح فيه اسباب الامراض النفسية ، (وهو زمن سيتأخر كثيرا عن بيان اسباب الامراض الجسمية كلها والامراض العقلية) فان توسيع مجال البحث الى نواحي مختلفة وعوامل متعددة ضرورة علمية لا بد من سلوكها للوصول الى فهم اصح وادق واكمل للنواحي النفسية في حياة الانسان .

القسم الثاني

الأضطرابات السلوكية

الاضطرابات السلوكية في الاطفال والاحداث .

السلوك السايكوباثي .

السلوك الجنسي وانحرافاته .

الادمان والتعود على المخدرات والعقاقير .

الأمراض النفسية

القلق النفسي ● الأفكار التسلطية الالزامية ● الفوبيا ● الهستيريا ● الكـآبة النفسية ● النحول العصبي ● الوسواس (الوهم) المرضي ● الانهيار العصبي

الانفعالات والأمراض الجسمية النفسية

(الامراض السايكوسوماتية) .

العلاج النفسي

تضطرب الشخصية في مجالات مختلفة من عاطفية وعقلية وسلوكية . وقد تضطرب في جميع هذه المجالات في المريض الواحد في حدود مختلفة، اما بشكل اساسي بسبب مرض الشخصية بكاملها ، واما لما يستدعيه الاضطراب في ناحية واحدة من مقومـــات الشخصية ، من اختلال في النواحي الاخرى . وتعتبر الامراض النفسية ، مهما كانت اسبابها، اضطرابا اساسيا يصيب النواحي العاطفية في كيان الشخصية بشكل خاص ، كما تعتبر الامراض العقلية اضطرابا اساسيا في المجـــال العقلي من كيان الشخصية . والى جانب هذين الاضطرابين، يوجد اضطراب ثالث يظهر على شكل اختلال في النواحي السلوكية ، وقد يكون هذا الاضطراب السلوكي هو المظهر الوحيد لاختلال الشخصية فلا يصاحبه اي مرض نفسي او عقلي، وعندئذ يعتبر اضطرابا سلوكيا صرفا، وقد يأتي هذا الاضطراب السلوكي كعارض يدلل على الاصابة بمرض نفسي او عقلي ، وعندها ينظر اليه كجزء من مجموعة الاعراض لكل من المرضين.

قد يكون من الصعب بيـــان اسبـاب الاضطرابات السلوكية للشخصية ، والنظريات الواردة في هذا الامر ، كالنظريات الواردة في تعليل الامراض النفسية بشكل عام. ومع اهمية العوامل النفسية في احداث هذه الاضطرابات السلوكية، الا ان للعامل التكويني القائم بالاساس على الاستعداد الوراثي، الفعالية العظمى في هذه الاضطرابات . وتدل الدراسات التي قام بهـا بعض العلماء على الحركة الدماغية (الامواج الدماغية) للمصابين بهذه الاضطرابات ، ان هنالك اضطرابا مماثلا في الحركة الدماغية في الكثير من المرضى ، مما يدل على توفر سبب عضوي او مادي في الدماغ يكمن وراء هذه المظاهر السلوكية الغير طبيعية .

تحدث الاضطرابات السلوكية في جميع الاعمار . ولكن الاضطرابـــات السلوكية الاصيلة تظهر بوادرهـــا منذ سن مبكر في سن الطفولة والحداثة والمراهقة ، وقلما يظهر الاضطراب السلوكي الاصيل لاول مرة في الشباب او

الكبار . وظهوره في هذا السن يجب ان يحمل الطبيب على البحث عن علة نفسية او عقلية اخرى قد يكون الاضطراب السلوكي مظهرا لها . ومع كثرة مظاهر الاضطرابات السلوكية للشخصية فان من الممكن تصنيفها الى المجموعات التالية .

١ – الاضطرابات السلوكية في الاطفال والاحداث .

٢ – السلوك السايكوباثي (الشخصية السايكوباثية) .

٣ – السلوك الجنسي الشاذ (الانحرافات الجنسية) .

٤ – الادمان والتعود .

١ – الاضطرابات السلوكية في الاطفال والاحداث

مظاهر الحياة السلوكية للاطفال واسعة الحدود . ومـــا قد يعتبر شاذا في الكبار، قد يعتبر امرا طبيعيا في الطفل اذا جاء في الوقت الملائم وبالقدر المعقول. وبالنظر لسرعة نمو الاطفال ، وللتغير المستمر في شخصيتهم مع عملية النمو، فان معظم الاطفال يتخلون عن معظم ما يبدو في سلوكهم من اضطراب. وعلى ذلك فمن الخطأ والخطر الاستناد على مظهر سلوكي معين للطفل في فترة من حياته ، والاعتماد عليه في اعطاء تقدير معين عن مستقبل شخصيته في الكبر . ومع ذلك فان هنالك بعض المظاهر السلوكية التي تقبل في سن معينة كامر طبيعي ، الا ان استمرارها لمدة اطول، ووضوحها على غيرها من صفات الشخصية، يجعلها في نطاق السلوك الغير طبيعي ، وقد يكون في ذلك دلالة هامة على اتجاه نمو الشخصية في المستقبل. ومن البديهي ان ادراك هذا الاتجاه في وقت مبكر، قد يعين كثيرا في توجيه الطفل توجيها سلوكيا ونفسيا صحيحا .

اسباب الاضطرابات السلوكية في الاطفال ؟

اسباب هذه الاضطرابات متعددة ، وقد يتظافر اكثر من سبب واحد في تكوينها وفي استمرارها . ويمكن القول ان معظم مظاهر الاضطراب السلوكي

في الاطفال ترد الى تفاعل الاستعداد التكويني في الطفل مع التجارب النفسية او المادية الغير ملائمة لنمو شخصيته، والتي تعرض لها في طفولته. وفي ما يلي بعض الاسباب الهـامة التي تفسر في مجموعها معظم حالات الاضطرابات السلوكية في الاطفال : —

١ — العامل التكويني . وهو الذي يعطي الطفل الاساس البـــايولوجي والنفسي الذي يلاقي به الحياة. وهذا العامل التكويني لا يقرر فقط نتائج تفاعل الطفل مع تجربته الحياتية ، ولكنه يقرر الى حد ما ، اختيـــار نوع التجربة الحياتيه التي يتأثر بها الطفل . وكثيرا ما نلاحظ، ان هذا العامل لوحده يكفي لتقرير الاضطراب السلوكي، بصرف النظر عن اي مؤثر محيطي اخر . وكثيرا ما نجد عدة اطفال من عائلية واحدة يعانون من اضطرابات سلوكية، مع انعدام اي سبب آخر يساهم في خلق هذه الاضطرابات . وهذا يؤكد اهمية العـــامل الوراثي او التكويني في احداثها .

٢ — التجربة الحياتية للطفل . واهم ما فيها حاجة الطفل للشعور بالضمانة العاطفية ، وهي حاجة مستمرة في الطفل لا تقف عند حد معين في نموه . واذا حدث ما يشعر الطفل بالحرمان من هذه الضمانة ، واذا ما تكرر هذا الشعور ، فان نمو الشخصية يصبح قلقا ، وينعكس هذا القلق في علاقة الطفل مع محيطه الانساني والطبيعي ، ولا بد لهـــذا القلق من ان يظهر اول الامر على شكل اضطراب في السلوك ، اذ ان الناحية السلوكية هي الناحية المناسبة لتعبير الطفل عن مشاكله العاطفية . ولهذا يمكن اعتبار الاضطراب السلوكي في الكثير من الاطفال معادلا لاضطراب الحياة العـــاطفية الناتج عن فشلهم في الحصول على حاجتهم من الحب والعطف والضمانة النفسية .

٣ — الاسباب العضوية. وكثيرا ما تهمل هذه الاسباب في تفسير الاضطرابات السلوكية ، مع ان البحث عنهـــا يدل على اصابة الدماغ بضرر موضعي او عام نتيجة آفة او مرض او حمى او صدمة على الرأس اصابت الطفل في وقت ما في

طفولته . ومما يزيد في صعوبة الاهتداء الى مثل هذه الاسباب العضوية في الاطفال ، تعذر الحصول على تاريخ مرضى صحيح عن الطفل وصعوبة الفحص العصبي لبعض الاطفال . ثم ان بعض الاطفال يحتفظون بمستواهم الطبيعي من الذكاء مما يمنع الاشتباه بتوفر آفة عضوية في الدماغ .

٤ — النقص او التخلف العقلي . وهذه الحالات كثيراً ما تقترن باضطراب في السلوك بسبب عجز الطفل او الحدث عن اكتساب التجربة العقلية التي تمكنه من ضبط سلوكه ضمن الحدود المقبولة اجتماعيا . ولما كان هنالك ما لا يقل عن ٣ — ٤ في المئة من الاطفال ممن يعانون من نقص او تخلف عقلي، فان كل حالة من اضطراب السلوك يجب ان تثير البحث عن مستوى الذكاء في الطفل .

٥ — حالات الصرع . وهو مرض يقع في الاطفال بنسبة واحد لكل مئتين على وجه التقريب . وفي بعض مرضى الصرع تكثر الاضطرابات السلوكية، وقد تكون هذه الاضطرابات المظهر الوحيد الذي يجلب الانتباه الى امكانية وجود مرض الصرع .

٦ الامراض النفسية والعقلية . وهي قليلة الوقوع في الاطفال ، وربما كانت اكثر توفرا في الاطفال مما يتبادر الذهن بسبب عجز الطفل عن الافضاء بوضوح عن مصادر الاضطراب في حياته العاطفية والعقلية .

مظاهر الاضطرابات السلوكية : — (١) التبول الليلي (٢) اللعثمة في النطق (٣) الهروب من البيت او المدرسة (٤) جنون السرقة (٥) الانحرافات الجنسية (٦) تخلف بعض العادات (مص الاصبع . وقضم الاظافر) . (٧) السلوك السايكوباثي كالتعدى وايذاء الغير والممتلكات والحيوانات والكذب الخ (٨) الحركات الغير ارادية .

(١) التبول الليلي Nocturnal Enuresis

التبول الليلي عادة طبيعية في السنة الاولى من العمر، على انها تقل تدريجيا بعد

ذلك. ففي نهاية السنة الثانية تتوقف هذه العادة في حوالي ٨٩ في المئة من الاطفال، وفي السنة الثالثة تتوقف في معظم الاطفال. على ان العادة قد تستمر في بعض الاطفال بدون ان يكون لمستوى الذكاء علاقة بذلك. وفي معظم الحالات لا توجد اسباب عضوية في الجسم او في الجهاز العصبي، وان كانت بعض الحالات تتسبب عن التهاب في المجاري البولية او الديدان او ما يثير المقعد من الطفل، او لسبب عدم التحام احدى الفقرات Spina Bipida. والاسباب الاخرى للتبول الليلي كثيرة، ولعل من اهمها انعدام تدريب الطفل على البقاء ناشفا. واكثر ما يحدث ذلك عندما تكون الام متعلقة بالطفل الى حد مبالغ في تأكيد طفولته، كما يأتي هذا الاهمال في العائلات الفقيرة التي يكثر فيها الاطفال وتقل الوسائل الصحية المناسبة. وفي بعض الحالات يأتي التبول كوسيلة احتجاجية من الطفل على سوء معاملته او لعقابه، ويكون بمثابة الثأر لنفسه. وفي حالات اخرى يأتي كدليل على رغبة الطفل اللاشعورية بالرجوع الى دور الطفولة لما في هذا الدور من استحواذ على عطف الام وحنانها، وكثيرا ما يحدث هذا النكوص الطفيلي في التبول بعد ان تلد الام مولودا جديدا يزاحم الطفل في ما خص به من عطف وحب واهتمام في السابق، مما ينذر الطفل بخطر فقدان حب والدته، ويكون التبول اما وسيلة لجلب الانتباه اليه، وما احتجاجا على اهماله، واما تعبيرا عن قلقه للوضع الجديد الذي بات يهدده بالحرمان من الضمانة العاطفية. ومثل ذلك يقال في الكثير من الحالات التي تثير قلق الطفل، كابتعاده عن امه، وفي اول ذهابه للمدرسة، وفي حالات الخوف من العقاب في البيت او المدرسة، وعند قيام اي وضع عائلي ينذر بالخصام او التفريق او الضرر لاحد الوالدين. وعلاج التبول الليلي قد يكون هينا في الحالات التي تحدث لماما وتأتي نتيجة وضع معين قليل التكرار، ومثل ذلك يقال في الحالات التي تتسبب عن نقص في التمرين على البقاء ناشفا، غير ان الكثير من الحالات التي ترد الى اسباب تكوينية، او التي تعود الى اسباب مقلقة بالنسبة للطفل ولتكامله النفسي واطمئنانه العاطفي، فان علاجها من الصعوبة بمكان، خصوصا اذا كانت العادة مستمرة ومزمنة. ولا بد

في كل حالة من تقصي جميع العوامل النفسية والمحيطية بالنسبة للطفل وعائلته كمقدمة للتقليل من دواعي القلق في حياة الطفل او الحدث. هذا وقد استعملت وسائل متعددة دوائية مثل المنبهات Benzidrine، والمفرحات Tofranil، وخلاصة الغدد Pitressine، بفوائد محدودة. ولعل انجح هذه الوسائل هو استعمال دواء التوفرانيل Tofranil ليليا. غير ان ذلك يتطلب الاستمرارية في العلاج ما دامت العادة موجودة. كما استعملت اساليب اخرى تهدف الى تطبيع المريض شرطيا حسب نظرية بافلوف. وهذا الاسلوب معقد وصعب التطبيق مما يجعله غير عملي بالنظر للعدد الكبير من الحالات. واخيرا لا بد من التأكيد بان عقاب الطفل بأي شكل كان، سيأتي بنتيجة سلبية قد تعزز استمرارية العادة، لما تحدثه في الطفل من قلق، فضلا عن ان العقاب قد يعقد الحياة النفسية للطفل ويدفع بها الى نواحي اخرى من الاضطراب قد تنتهي بمرض نفسي مستديم.

(٢) اللعثمة في النطق (التأتأة . Stammering)

اكثر ما يحدث هذا الاضطراب في الاطفال، وقل ان نجد طفلا يمر بدور الطفولة بدون ان تظهر عليه بعض مظاهر الاضطراب في النطق، من تلكؤ او تردد او توقف او تأتأه او ترديد، الى غير ذلك من المظاهر التي تعتبر طبيعية في السن المناسب لها. ومثل هذه الاضطرابات، هي مظهر من عملية انشاء وتكوين جهاز اللغة والنطق، وهو اكثر اجهزة الحياة العقلية والعصبية دقة. على ان بعض الاطفال يظلون يعانون من اضطراب في النطق، وقد يكون الاضطراب شديدا ويظل ملازما للطفل حتى الكبر. وفي ذلك خطر كبير يهدد سلامة حياته النفسية، وقد يحدث تحويرا كبيرا في نمو الشخصية وتكاملها، ويؤثر بشكل جذري على اهدافه ومستقبله. وفي بعض الحالات القليلة تبدأ اللعثمة في سن الكبر، وقد تبين في مثل هذه الحالات، ان المصاب كان يشكو من علة مماثلة في طفولته، وقد تكون العادة جديدة كليا وتدل على استعداد تكويني يظهر لتوفر اسباب نفسية ملائمة.

ان النطق وسيلة جديدة نسبيـــا في تطور الانسان ، وتمثل مع اللغة نهاية التطور في نمو الجهـــاز العصبي ، وهي بذلك ادق امكانيات الدماغ واكثرها تعقيدا واكثرها قابلية للضرر وللتأثر بالعوامل النفسية . وهذه حقائق يجب ادراكها قبل التوفر على علاج الاضطرابات النطقية في الاطفال والكبار على حد سواء . ويمكن القول بشكل عام ، ان معظم حالات التأتأه في الاطفال تزول بشكل طبيعى . ويحذر على الوالدين او افراد العائلة جلب انتباه الطفل او تأنيبه ، او تصحيحه ، لما في ذلك من امكانية خلق الشعور بالنقص والقصور في نفسه ، وتوجيهه الى تأمل نفسه ممـــا سيفسد عليه عملية النمو الطبيعي في هذه الناحية . اما في الحالات الشديدة والتي تستمر فترة طويلة من الزمن ، فان اشتراك الطبيب النفسي مع الخبير في علاج النطق قد يأتي ببعض النتائج المفيدة. ولكن ذلك يتطلب جهدا وتفرغا وتعاونا بين المعالجين والمرضى وهو امر قد لا يكون من المستطاع في معظم الحالات .

(٣) الهروب من البيت او المدرسة (الشرود Truancy)

هروب الاطفال والاحداث من البيت او المدرسة ليس بالنادر. وقد يتسبب ذلك عن شعور الهارب بعدم الارتياح من البيت اوالمدرسة او لخوفه من العقاب. وقد يكون ذلك بعامل الاغراء من غيره من الاطفال او الكبار . وفي بعض الحالات يكون الشرود تعبيرا عن حب الطفل للمغامرة، وفي حـــالات قليلة قد يكون عارضا من اعراض الاصابة بمرض الصرع . وهنالك حالات نادرة يكون الشرود فيها مظهرا من مظاهر تصدع الوعي في طفل او حدث مصاب بالهستيريا. ولعل اكثر حالات الهروب تأتي اما بسبب الخوف من العقاب او بسبب تحطيم الكيان البيتي بمـا فيه من اواصر عائلية ، تدفع بالطفل او الحدث الى البحث عن بديل لظروفه الحياتية .

(٤) جنون السرقة (Kleptomania وجنون النار Pyromania)

رغبة الطفل في الحصول على ما يريد والاحتفاظ به امر طبيعي ، والطفل لا

يستطيع ادراك الحدود لهذه الرغبة . على انه لا بد من ادراكه لذلك في سن ما في نموه . ويتفاوت هذا السن تبعا لعوامل التعليم والنهي التي تعامل بهـا هذه التصرفات . على ان بعض الاطفال يتصفون بالرغبة الملحة للحصول على شيء او آخر بدون الحاجة الفعلية له ، ومع توفر الامكانية للحصول عليه بغير السرقة . واطاعة الطفل او الحدث لهذه الرغبة الملحة وتنفيذها والاستمرار في تكرارها رغما عن وسائل الردع والعقاب ، هو ما يعرف بجنون السرقة . ومثل هـذه الحالات قد تستمر حتى الكبر ، وتعتبر دليلا على اضطراب جذري في الشخصية. ومثل هذا الاضطراب السلوكي ، قيام بعض الاطفال والاحداث باشعال النار ، وتتخذ فيها رغبتهم طابع الدفع الاجباري الذي لا يمكن تفريقه عن الاعمـال القسرية التي يقوم بهـا بعض المصابين بمرض الفكر التسلطي والعمل الالزامي . وتتبع نمو الصغار الذين يقومون بمثل هذه الاعمـال ، يظهر اصابتهم في الكبر بالكثير من مظاهر الاضطراب في حياتهم النفسية والسلوكية .

(٥) **الانحرافات الجنسية** . وهي غير نادرة في الاطفال ، وقد يكون الكثير منها تقليدا من الطفل لما يراه من التصرفات الجنسية للكبار ، وعندهـا لا يؤخذ الانحراف الظاهر بمعنى الشذوذ الجنسي . ان معظم الاطفـال يمرون بادوار النمو الجنسي والنفسي الطبيعيـة (انظر فصل الانحرافات الجنسية) ، على ان تأخر الطفل في العبور من دور الى دور ، او السرعة في التطور الى دور قبل الاوان ، او نكوصه الى دور سابق من نموه الجنسي ، او الحاحه في الاتجـاه الجنسي وخاصة الاستمناء (العادة السرية) ، او ظهور ممارسته لحالة من حالات الشذوذ الجنسي ، كل ذلك يدل على امـكانية تطور سلوكه الى حالة من الشذوذ الجنسي المستديم ، وهو امر يستدعي منتهى العناية والاهتمام .

(٦) **التخلف في بعض العادات** (مص الاصبع. قضم الاظافر. شد الشعر) وهي عادات طبيعية في سن مبكر من الطفولة ، على ان بعض الاطفال يلحون في استعمالها ويستمرون في ذلك حتى سن متأخرة من الطفولة والحداثة. وهنالك

بعض الحالات التي يستمر فيها هذا السلوك الى ما بعد سنوات البلوغ والمراهقة . ويفسر علمـاء النفس التحليليون العادة الاولى على اساس جنسي وبانها استمرار الدور الشفوي من النمو الجنسي . وقد يكون في ذلك بعض الصحـــة على ان العادة يجب ان لا تثير الاهتمام والقلق بالنسبة للوالدين، فهي كعادة قد لا تتعدى كونها وسيلة لاشغال اليد التي ليس هنالك ما يشغلها في ذلك الحين . ويجب ان يحاذر في علاج هذه الحالة بعدم جلب انتباه الطفل الى اهميتهـــا فقد يكون في توجيه هذا الانتباه تأكيدا للعادة واستمرارها كما هو الحال في حالات التلعثم في النطق . وبذلك يحسن بالطبيب ان يحدد نفسه بعلاج الوالدين فقط . اما قضم الاضافر فلعلها اكثر العادات انتشارا في الاطفال، وتبدأ عادة في السنة الخامسة من العمر وتستمر حتى الثانية عشرة . على انهـا قد تستمر الى مـا بعد ذلك . وينظر الى هذه العادة اليوم بانها تعبير عن حالة القلق في الطفل . وادراك ذلك امر هـام في العلاج الذي يجب ان يوجه الى البحث عن مصـادر القلق في حياة الطفل وازالتها . ولا فـائدة من استعمال الشدة او التهديد بهـا للكف عن هذه العادة .

(٧) السلوك السايكوباثي في الاطفال

السلوك السايكوباثي في الاطفـال كما هو في الكبار مظهر من مظـاهر الاضطراب في تكوين الشخصية ونموهـا . والواقع ان اول مظـاهر السلوك السايكوبائي تظهر في سن الطفولة . واغلب المظـــاهر السايكوباثية ظهورا واكثرها ازعاجا ، هي اعمال التعدي على الغير والممتلكات ، بالايذاء او السرقة او الحرق ، والتعدي على الحيوانات بقسوة شديدة ، والكذب ، وغير ذلك من الاعمال المخالفة لنواميس المجتمع .

ان معظم حالات السلوك السايكوباثي ترد الى اشتراك سببي بين الاستعداد الوراثي وبين الظروف الحياتية التي يعيشها الطفل . واهم هذه الظروف في هذا

الشأن ، هو الحرمان العاطفي الذي يدفع بالطفل الى التعويض في اتجاه التعدي على غيره في العائلة او المجتمع . وفي بعض الحالات الاخرى قد يكون السلوك الشاذ وسيلة الطفل الاضطرارية للتخلص من الشعور بالقلق . كما قد يكون ذلك استجابة لرغبة الطفل اللاشعورية بالحصول على العقاب، بسبب تأصل شعور الاثم في نفسه . وقد يجد اخرون من الاطفال والاحداث في هذا النوع من السلوك مخرجا من شعورهم بالنقص فيعوضون عنه بسلوك يجلب اليهم الانتباه ويشعرهم بالاهمية والسيطرة على الاخرين . وفي حالات اخرى يكون هذا السلوك دليلا على تراخي الوالدين او الوسط الاجتماعي في كبح جماح تصرفات الاولاد، وهذا ما يحدث في العائلات او الاوساط المتحللة في تكوينها العائلي والخلقي .

اما علاج السلوك السايكوباثي فامر ليس بالسهل وان كان علاجه في سن مبكر اسهل بكثير من علاجه في سن الاحداث والمراهقين والكبار . ومع ان بعض علماء النفس قد تخلوا فترة من الزمن عن مبدأ الشدة والعقاب ، مفضلين بذلك وسائل التحليل النفسي والعلاج النفسي ، الا ان هنالك عودة الآن لطريقة الشدة كوسيلة علاجية مفيدة.. ومع هذا الاختلاف الواسع بين الاتجاهين، الا اننا نرى ان من الضروري في كل حالة استقصاء الاسباب التي تدفع الى هذا النوع من السلوك والى النظر في امكانية تلافيها . ومن الوسائل الحديثة في علاج مثل هذا السلوك استعمال طرق التطبع الشرطي حسب نظريات بافلوف .

(٨) الحركات الغير ارادية .

معظم حركات الطفل في السنة الاولى من الحياة غير ارادية ، وحتى الارادية منها لا تكتسب في هذا السن صفات التوازن في الاداء وفي تحقيق الهدف. وعمليه التوازن هذه تتم تدريجيا . ويتم مع ذلك التقليل من الحركات الغير ارادية التي لا تهدف الى شيء . على ان بعض الاطفال في سنوات مختلفة من اعمارهم قد تظهر عليهم حركات في الوجه او الاجفان او الرأس او الاطراف او حتى في

عمليات التنفس او النطق، بدون ان يكون لديهم الارادة في تكوينها او المقدرة على السيطرة عليها . وقد تتخذ هذه الحركات صفة التكرار والالحاح مما يجعلها عملا اجباريا قسريا . ان معظم الحركات الغير ارادية تأتي على اثر تجربة مخيفة او مفزعة في حياة الطفل، على ان استمرارها مدة طويلة في بعض الاطفال يشير الى توفر خصائص القلق او الخجل فيهم . ولهذا يتحتم في علاجهم التقليل من عوامل القلق من ناحية، وعدم جلب انتباههم الى حالتهم ، لان في ذلك تأكيدا للشعور بالقلق والخجل والارتباك، وكلها مصادر تزيد في حدة هذه الحركات وتساعد على استمرارها وتأصيلها من السلوك . هذا وهنالك بعض حالات من الحركات اللاارادية التي تحدث بعد مرض يصيب الدماغ ، وتشخيص هذه الحالات وتفريقها عن الحالات الاخرى امر ضروري بسبب امتناع هذه الحالات العضوية على العلاج .

٢ ـ السلوك السايكوبائي

« الشخصية السايكوباثية Psychopathic Personality »

تعني الشخصية السايكوباثية ، الشخصية المريضة نفسيا . وهذه التسمية تجعل من الصعب تحديد المظاهر التي يصح شمولها بهذا الاصطلاح . وقد دفعت هذه الصعوبة الى عشرات التعريفات لهذه الحالة التي اطلقت في وصف مختلف انواع ودرجات الانحراف عن الشخصية الطبيعية . ولعل اقرب التعاريف استيفاءً للخصائص الاساسية للشخصية السايكوباثية هو التعريف الذي جاء به (شيني Cheney) « ذو الشخصية السايكوباثية ، هو فرد يتصف بعدم النضوج العاطفي ، او الطفولية ، مع نقص في المقدرة على تحكيم العقل ، وفي التعلم من التجربة ، وهو عرضة لانفعالات آنية ، تدفع به الى ردود فعل لا تأخذ الغير بعين الاعتبار. كما يتصف بعدم الاتزان العاطفي، وبالتقلب بسرعة عاجله من النشوة الى الكآبة، اما تلقائيا، او لأقل الاسباب واتفهها.، ومن المظاهر الخاصة للشخصية

السايكوباثية ، الاتجاه نحو الاجرام ، والتخلف الخلقي ، وعدم الثبات في مكان او عمل معين ، والانحراف الجنسي. اما الذكاء فكما تظهره المقاييس، اما يكون طبيعيا او اعلى من المعدل ، وان كان بعض السايكوباثيين على الحافة في معدل ذكائهم . ومع ان هذا التعريف يعتبر شاملا للخصائص الاساسية للحالة السايكوباثية ، الا انه يتضمن وصفا لاكثر من حالة من الحالات التي تقع ضمن التسمية . على ان هنالك الكثير من الاتفاق بين المؤلفين على اعطاء التسمية السايكوباثية الى كل من يتصف بالمظاهر التالية في شخصيته وسلوكه : —

١ — اضطراب في السلوك والردود العاطفية منذالطفولة او منذ سن مبكر.

٢ — ظهور هذا السلوك على شكل نوبات اندفاعية متكررة .

٣ — عدم توفر الارادة الكافية عند الفرد لردع نفسه من القيام بسلوكه الاندفاعي .

٤ — اتجاه السلوك الى الحاق الاذى بالغير او بالنفس، او الاثنين معا.

٥ — عدم افادة العلاج بالشدة او الاسترضاء في ايقاف اضطراب السلوك .

٦ — عدم توفر نقص في القوى العقلية. على ان المريض يبدو قليل البصيرة ، ضعيف الحكمة ، عديم المقدرة على تحمل المسؤولية المادية والعاطفية في الحياة .

*

لقد استرعت الحالات السايكوباثية الكثير من الاهتمام في السنوات الاخيرة من النواحي الطبية والاجتماعية والقانونية . واجريت ابحاث ودراسات كثيرة تستهدف ايجاد الاسباب التي تؤدي الى هذا الانحراف في السلوك والشخصية . والنظريات الواردة كثيرة وهي تتلخص فيما يلي : —

١ — ان هذا الاتجاه الشاذ للشخصية يتقرر بعوامل وراثية ، ومع ان من الصعب اثبات ذلك بشكل علمي قاطع ، الا ان ورود الحالات السايكوباثية في

التوائم وفي العائلات التي عرف بوجود سايكوبـــات او اكثر فيها ، يدلل على فعالية العامل الوراثي .

٢ – عامل المحيط، الذي يرى الكثيرون انه في غاية الاهمية في تكوين الشخصية في السنوات الاولى من الحياة . ومع الشعور باهمية هذا العامل ، الا ان الدراسات التي تعين مدى اهميته قليلة ولا تكفي لاعطاء تقدير صحيح عن فعاليته . وعلى العموم، فـان البحث عن عوامل المحيط في صغر السايكوبات ، تفيد بتصدع الصلات العاطفية والمادية والتربوية بين الطفل ووالديه . ومن غير الواضح فيما اذا كان هذا التصدع هو السبب او النتيجة للحالة السايكوباثية ممـا يجعل امر التفاضل بين الوراثة والمحيط امرا صعبا .

٣ – دلت بعض الدراسات على الحركة الكهربائية الدمـــاغية للمصابين بالشخصية السايكوباثية ، ان هذه الحركة غير مكتملة النمو ، وان هنالك تخلفا في نضوج هذه الحركة الى الدرجة التي تتناسب مع السن . ومن الصعب ادراك فيما اذا كان هذا التخلف قد جـاء ببسبب عامل طارىء في الطفولة اثر في مادة الدماغ ، او جاء بسبب استعداد وراثي ، ويميل اعتقاد المختصين بهذا الفرع في الدراسة الى ترجيح العامل الوراثي .

انواع الشخصية السايكوباثية

هنالك انواع متعددة للشخصية السايكوباثية تسمى حسب الاتجاهـــات الغالبة فيها ، وان كانت معظمها تشترك في الخصـــائص التي تميز الشخصية السايكوباثية بوجه عام . وتشمل هذه الانواع الشذوذ الجنسي ، والادمان ، والاجرام . على ان هذا لا يعني ان جميع هـذه الحـالات تتسبب فقط عن انحرافات الشخصية السايكوباثية ، اذ ان لها دوافع اخرى وقد لا ترتبط مطلقا بالشخصيةالسايكوباثية. وفيما يلي بعض الانواعالهامة من السلوكالسايكوباثي–

١ – سايكوباثية التعدي . وفيها يقوم الفرد باعمال التعدى بشكل اندفاعي

سريع على الغير ، وكثيرا ما يأتي الدفع لهذا العمل بدون سبب او على اثر اثارة غير كافية . ويكون الغير عادة عرضة لهـذا التعدي وان كان الفرد يتوجه الى ايذاء نفسه في بعض الحالات . وفي الحالتين لا يشعر السايكوباث بالندامة على فعله ، ولا يتعظ بالتجربة ، ولا يكترث للعواقب المترتبة على اعماله ، كما لا يفيد في اصلاحه اي اجراء تأديبي او عقابي مهما كانت شدته ومهما تكرر تطبيقه .

٢ – **السايكوباثية الألزامية** . وهي التي يدفع بها السايكوباث دفعا الزاميا للقيام بعمل اجرامي لا فائدة له منه كما يحدث في الحالة المعروفة بجنون الحرق Pyromania ، التي يقوم فيها السايكوباث باشعال النار في البيوت او الممتلكات او الغابات . وفي حـالة جنون السرقة Kleptomania ، التي يستجيب فيهـا المريض لدافع ملح بسرقة ما يعود للغير دون ان تتوفر له حاجة فيه ، ومع توفر الامكانيات المادية للحصول عليه بشكل طبيعي .

٣ – **سايكوباثية التخلف العاطفي**. وفي هذا النوع من السلوك تبدو الردود العاطفية للفرد طفولية وغير ناضجة وكأنهـا من صفات من هو اصغر منه سنا وتجربة وثقافة. ولهذا نجد السايكوباث المتخلف عاطفيا يميل الى انشاء علاقات عاطفية او اجتماعية او جنسية مع من هم دونه سنا . وكثير مـا يؤدي ذلك الى نزعة شاذة في العلائق الجنسية بسبب عدم مقدرة صاحبهـا على اقامـة علائق طبيعية تتطلب النمو والنضوج العاطفي الكامل .

٤ – **السايكوباثية الاخلاقية** . وفيها يظهر الفرد وكأنه لم يعـد اعداد خلقيا ومعنويا سليما يقيد تصرفاته الشخصية والاجتماعية. ومن مظاهر هذه الحالة الكذب والغش والخداع ، اذا كانت جميع هذه الوسائل تخدم نتيجة الوصول الى ما يرغب الوصول اليه بأقرب وسيلة ممكنة وبأقل عناء ممكن . ومثل هؤلاء كثيرون في المجتمع يعيشون منـه وعلى هـامشه، ولا يشعرون بأي رغبة لتبرير وجودهم بالسعي او العمل ، ولا يتحسسون بأي حرج بسبب ذلك .

٥ – **السايكوباثية الابداعية** . وهي الصفات التي يعرف بها بعض المشاهير من الخلاقين المبدعين في المجالات الادبية والفنية من شعر وموسيقى ورقص وغناء ورسم الى غير ذلك من الفنون. فالكثيرون من هؤلاء عرفوا بالشذوذ والانحراف في السلوك الى جانب عبقريتهم في الابداع. وفي معظم هؤلاء يبدو وكأن هنالك ارتباطا اساسيا بين النزعة السايكوباثية وبين القابلية الابداعية . كما يبدو ان من الصعب تخليص المبدع من احدهما بدون التأثير في الاخر . ومن حسن الحظ ان المجتمع في اكثر تقبلا وتحملا لنواحي الشذوذ الذي يقترن بالعبقرية ، كما يجد الطب عذرا في الابقاء على هذا الشذوذ بدون تعديل اوعلاج.

علاج السايكوباثية

انحرافات الشخصية من الامور التي يصعب اصلاحها مهما كانت الطرق المتبعة في ذلك ، خصوصا اذا تبين ان هذه الانحرافات قد بدأت في الطفولة واتخذت طابعا معينا مع مرور الزمن . على ان ذلك يجب ان لا يمنع من محاولة تقييد مظاهر الانحراف الى الحدود التي لا تتعارض كثيرا مع النظم الاجتماعية . وقد يظهر البحث في الحالة الواحدة ان الشذوذ في السلوك ناتج عن خطأ في العلائق النفسية بين الفرد وبين عائلته، او بينه وبين المجتمع الذي يعيش فيه . وقد يفيد في مثل هذه الحالة القيام باستقصاء نفسي عميق لاكتشاف طبيعة هذا الخطأ واعادة بناء العلائق النفسية على اسس اكثر ملائمة . وفي بعض الحالات الاخرى قد يتبين وجود خطأ في المحيط الذي يعيش فيه الفرد ، وتبديل المحيط او نقل الفرد الى محيط آخر ، قد يعطي السايكوباث مجالا اكثر ملائمة لممارسة الخصائص الاقل شذوذا في شخصيته ، كما ان في ذلك تجنبا للاثارة التي قد تفرضها عوامل معينة في المحيط . امـا الناحية العلاجية بالادوية، فهي قليلة الاثر في عـلاج السايكوباثية ، وقد استعملت مختلف الادوية المسكنة والمهدئة والمعقلة ، الا انها وان قللت بعض الشيء من حدة الاعمال الاندفاعية ، غير انها لا تؤثر جذريا في كيان الشخصية ، اضـافة الى ان استعمال هذه العلاجات مدة طويلة من الزمن

كثيرا ما يؤدي الى اضرار علاجية جانبية . لقد تبين في بعض الحـالات وجود ارتباط بين السلوك السايكوباثي وبين مرض الصرع ، وقد دلل على ذلك بعض التشابه في الحركة الدماغية الكهربائيه بين الحالتين . وفي مثل هذه الحـالات ، فمن الممكن استجابة اضطرابات السلوك السايكوباثية للمعـالجة المستعملة في الصرع ، كما ان بعض الابحـاث قد دلت على وجود بؤرة لاضطراب الحركة الدماغية في المنطقة الصدغية Temporal في بعض السايكوباثيين ، وقد اجريت عمليات جراحية محدودة لاستئصال مثل هذه البؤرة بنجاح .

*

ان من الامور التي لم تتقرر بعد ، هو المدى الذي يفيد فيه الزجر والعقاب في ايقاف السلوك السايكوباثي. وقد ساد الاعتقاد خلال سنوات طويلة بان استعمال الشدة لا يأتي باي ثمرة علاجية ، خصوصا اذا ادركنا ان بعض اصحاب الشخصية السايكوباثية لهم نزعة ماسوقية ، تدفعهم الى ما يؤدي الى استعمال الشدة معهم ، فيكون العقاب لهم مشجعا لاستمرارهم في سلوكهم لا رادعا لهم . وباستثناء هذه الحـالات ، فان هنالك عودة في بعض الاوساط الطبية والتربوية الى مبدأ الشدة خاصة في معاملة الاطفال والاولاد على ان يطبق ذلك جنبا الى جنب مع بذل الحب والعطف . ويدعي الذين طبقوا هذا المبدأ بتفوقه في الفائدة العلاجية على اي طريقة اخرى .

٣ ـ السلوك الجنسي وانحرافاته

الدافع الجنسي من الغرائز الاساسية الهامة في حياة الانسان . وقد لا يكون لهذا الدافع من الاهمية الحياتية الآنية مـا للغرائز الاساسية الاخرى كالجوع والعطش والدفاع عن النفس . على انـه مع ذلك عظيم الاهمية في تقرير طبيعة الشخصية وطرق السلوك ، وله اهميته الواضحة في الابقاء على الجنس ، ويشك ان احدا من الناس يستطيع الحياة المتكاملة مع فقدان هذا الدافع في حياته ، او

في حالة الاخفاق في تحقيقه بوسيلة تضمن القناعة والاكتفاء . وقد لا يبدو ان للدافع الجنسي من القوة والالحاح في حياة الانسان ما له في حياة الحيوان ، غير ان التمعن الدقيق، يشير الى نفاذ هذا الدافع بشكل ما ، الى كل وجه من اوجه الحياة الانسانية، فنجده في اللباس، وفي الزينة ، وفي المعمار، والنحت، والرسم، والموسيقى، والرقص، وفي الغناء. ونجده في ما يدفع الناس الى بعضهم بالعطف والحب، وربما بما يثيرهم على بعضهم بالنفور والكراهيـــة. ثم ان في المدى الذي تضطرب فيه الحياة الجنسية في مختلف الامراض النفسية والعقلية ، ما يشير الى احكام الارتباط بين الحياة النفسية من ناحية والحياة الجنسية من ناحية اخرى . وقد ادرك علماء النفس وثوق هذه الصلة ، فجمعوا الحياتين معا فيما سموه بالحياة النفسية الجنسية Psychosexual ،واعتبروا عمليات النمو والنضوج في هذه الحياة حجر الزاوية في النمو النفسي الطبيعي للفرد .

*

قد لا نتفق في تقرير الاهمية التي يعطيها اصحاب المدرسة التحليلية للحياة الجنسية في الطفولة ، وقد يجد الكثيرون صعوبة في الاقرار بتوفر حياة جنسية طفولية في سن مبكرة، وفي رفع هذه الحياة الى مستوى وطبيعة الدافع الجنسي في الكبر . على انه ما من شك في توفر حياة عاطفية في الطفل، يكون ارضاؤها مقرونا بشعور يماثل الشعور بالاكتفاء الجنسي ويخدم بعض اغراضه . ويكون في المدى وفي الطريقة التي ترضى بها هذه الحاجات العاطفية، الاساس الذي يبنى عليه كيان الحياة الجنسية الكاملة في الكبر . كما ان ذلك يقرر الكثير من نواحي شخصيته ومقدار ثقته بنفسه والطريقة التي يتمكن فيها من اقامة العلائق الخاصة والاجتماعيه مع غيره من الناس .

ان الحياة الجنسية الناجحة للفرد تشير الى توفر حـــالة من التوازن النفسي المشبع بالاطمئنان . وهذا يدل بدوره على ان الفرد قد عاش طفولته في ظروف توفر فيها الحب والعطف بالقدر الكافي وبالطريقة الملائمة، ومن اولئك الذين يهم

الطفل الحصول على عطفهم وحبهم . امـا اولئك الافراد الذين عاشوا طفولتهم مجردين عن المصادر الهامة والطبيعية التي يحتاجون اليها من الحب والعطف، فان الحرمان يخلق في انفسهم شعور الفشل ، مع فقدان الثقة في انفسهم، وبالتـالي يحرمهم شعور الطمأنينة . ومثل هذا الشعور يجعلهم ينظرون بالشك في جدوى العلاقات مع غيرهم ، بما في ذلك التهيب والابتعاد عن اقـامة العلائق العاطفية والجنسية الطبيعية مع الجنس الآخر في الكبر . وقد يدفعهم ذلك ، كما يدفعهم بالفعل ، الى اللجوء الى وسائل غير طبيعية لاشبـاع الرغبة الجنسية ، سواء بالامعان في الخيال والتفكير الفانتزي في النواحي الجنسية ، او بتحويلهـا الى مظاهر سلوكية او فنية او حياتية تجد بواسطتها الرغبه الجنسية مخرجا رمزيا ، او عن طريق الاساليب والاتجاهات الشاذة في العلائق الجنسية . وجميع هـذه المظاهر تشير الى نقص اساسي في اكتمال النمو الجنسي النفسي، وتعكس الحقيقة الواقعة بعدم توفر الاستعداد الكامل والنضوج العـاطفي الذي يسمح بممارسة العلائق الجنسية بالشكل المباشر وبالاسلوب والاتجاه الطبيعيين . ويتحتم علينا في كل حالة تبتعد فيها العلاقـة الجنسية عن مصادرهـا واسلوبها الطبيعي ، ان ننظر الى صاحبهـا بانه يعـاني مشكلة اساسية في تطوره النفسي، وان شذوذه الجنسي هو الوسيلة التي فتحت امـامه لمجـابهة هذه المشكلة او العيش معها. والكثيرون ممن ينطبق عليهم مفهوم الشذوذ الجنسي ، يجـدون في شذوذهم الوسيلة الوحيدة لحل مشكلتهم النفسية ، او على الاصح الابقاء عليهـا مكبوته لا تثير القلق والاضطراب في حياتهم .

*

ان التعبير « الانحراف الجنسي »، يفترض وجود سلوك جنسي مثالي يتصف به غالبية الناس . وهذا الافتراض صحيح الى حد ما من الناحية النظرية . اما في الواقع ، فان هنالك ابتعادات متفاوتة الدرجة عن هذا السلوك المثالي ، حتى في اولئك الذين نمت ميولهم الجنسية واستقرت على العـلائق المتساوية بين الرجل والمرأة. ومع ان الابحاث الشاملة معدومة في المواضيع الجنسية، الا ان الدراسات

المحدودة التي قام بها بعض الباحثين، تدل على اتساع مجال السلوك الجنسي في الفرد الاعتيادي، كما تشير الى تعدد التقاليد والاساليب الجنسية في الثقافات والازمان والمجتمعات المختلفة . فبعض العادات الجنسية التي تعتبر محرمة او شاذة في مجال اجتماعي او زمني او ديني معين، قد تكون مقبولة وطبيعية في مجال آخر . وعلى سبيل المثال فان العلائق الجنسية المثلية (الهوموجنسية Homosexuality)، سواء كانت بين الذكور او الاناث ، يعتبرها البعض شذوذا جنسيا ، بينما يعتبرهـــا اخرون من العلائق الجنسية الطبيعية . وحتى وقت قريب كانت هذه العلائق بين الذكور تكون جريمة يعاقب مرتكبوها بشدة في بعض البلدان ، الا ان القانون قد تغير باتجاه اعتبارها انحرافـا مرضيا يتطلب العلاج . وهكذا فان النظر الى الانحراف الجنسي يجب ان يأخذ بعين الاعتبار التقاليد والظروف السائدة في المجتمع الذي يبحث فيه هذا الانحراف ، ومع هذه الاحترازات، الا اننا لا نجد صعوبة في تعين الانحراف الجنسي في السلوك الجنسي الفردي . والخصائص التي تتوفر في هـــذا السلوك ، هي : عدم مناسبته للدور الذي بلغه الفرد في نموه العاطفي ، والاتجاه الى مصدر غير طبيعي للارضاء الجنسي مع توفر الامكانيات الطبيعية ، واخيرا اقتران الانحراف الجنسي بالدليل على عـدم اكتمال النضوج العاطفي . والقاعدة الاخيرة من الصعب اثباتها في الكثير من الحـــالات ، فقد يكون الانحراف الجنسي هو الاشارة الوحيدة المتوفرة لعدم النضوج في الحياة العاطفية . وعلينا ان ندرك ايضا ان توفر الانحراف الجنسي لا يعني بالضرورة توفر نقص او شذوذ مناسب في نمو الحياة النفسية والجنسية للفرد، فقد لا يتعدى الامر الاضطرار الى سلوك جنسي معين بدافع التحديد الذي تفرضه ظروف او تقاليد معينة ثم لا يلبث ان ينتهي بزوال الضرورة الدافعة اليه .

*

لا تتوفر حتى الان احصائيات يوثق بها عن مدى الانحرافات الجنسية ونسب وقوعها . والدراسات التي قام بها بعض الباحثين ، تعطي انطباعا محدودا عـن العادات الجنسية في مجتمعنا معينة ولا يمكن اعطاءها صفة الشمول . ومع ذلك

فالواضح من هذه الدراسات ، ان وقوع الانحرافات الجنسية في المجتمع اكثر بكثير مما يتبادر للذهن وربما كانت تزيد على ذلك لو كان بالامكان الحصول على المعلومات الدقيقة عن الحياة الجنسية للفرد . وعلى سبيل المثال فان بعض الدراسات افادت بوجود العادة السرية (الاستمناء Masturbation) في ٩٣ في المئة في الحياة الجنسية للذكور و٦٢ في المئة من الاناث ، اما الجنسية المثلية بين الرجال فقد وجدت في ٤٦ في المئة وفي حوالي نصف هذه النسبة في الاناث . ولا يعرف المدى الذي توجد فيه الانحرافات الجنسية الاخرى ، بالنظر لاحجام معظم الناس عن الافضاء بمعلومات صحيحة عن حياتهم الجنسية مهما كانت درجة الانحراف التي تميزها . ولا بد من مرور زمن طويل قبل ان يستطيع المجتمع التغلب على تحيزه المرير فيما يتعلق بالامور الجنسية ، وهو تحيز يشعرنا بان الانحرافات الجنسية اكثر حدوثا مما يظهر في المجال الطبي ، وانها اكثر وقوعا في حياة اولئك الذين يتمسكون بالسرية التامة فيما يتعلق بحياتهم الجنسية ، او يحاربون بضراوة كل وسيلة من وسائل الثقافة الجنسية .

ادوار النمو الجنسي : —

يمر الطفل بادوار من النمو الجنسي تتناسب مع النمو والتطور في كيان شخصيته . وبالنظر للارتباط الوثيق بينهما ، ليس من الناحية الزمنية فحسب ، بل من الناحية النفسية ايضا ، فقد اصطلح علماء النفس التحليليون على تسمية هذه الادوار بادوار النمو الجنسي — النفسي ، واعتبروا عملية التطور من دور الى آخر عملية من النضوج من الناحية الجنسية والنفسية معا ، واعطوا لكل دور من هذه الادوار خصائصه من ناحية السلوك والجنس ، ومن ناحية تطور معالم الشخصية . وقد قسمت هذه الادوار الى ما يلي : —

أ — الادوار القبل تناسلية . وهي اربعة Pre - genital

١ — الدور النرجسي Narcissistic (التسمية تعود الى نرسيس ، المحب لنفسه

في الاساطير اليونانية) . وفي هذا الدور يجد الطفل لذة من اثارة او مداعبة اي جزء من جسمه ، او في تأمل اعضاء جسمه .

٢ – الدور الشفوي او الفمي Oral بقسميه: الاول، الذي يحاول الطفل فيه ادخال كل شيء الى فمه، والثاني الذي يحاول فيه عض الاشياء التي تصل الى فمه. ويستمر هذا الدور حتى نهاية السنة الاولى .

٣ – الدور الشرجي Anal . وفي هـذا الدور يرتكز الاهتمام على منطقة الخاتم أو المقعد او على الافرازات . ويجد الطفل لذة في اثارة هذه المنطقة او في التخلص من الافرازات او في الاحتفـاظ بهـا . ويستمر هذا الدور حتى السنة الثالثة .

٤ – الدور القضيبي Phallic . ويبدأ في السنة الثالثة او الرابعة ، وينصب فيه اهتمام الطفل على العضو التناسلي . ويستمر هذا الدور حتى السابعة على اقل تقدير . وفي هذا الدور ينتبه الطفل باهتمام الى الفروق الجنسية بين الجنسين، كما يظهر اهتمامـا بحجم العضو التناسلي ووجوده وعدم وجوده . وملاحظة الطفلة بعدم وجود ما يشابه ما للطفل ، يثير فيها الشعور بانهـا خسرت هذا الشيء ، ويسبب لها ذلك (في رأي اصحاب المدرسة التحليلية) الشعور بالنقص . ومع ان هذا الدور يتجه نحو العضو التناسلي ، الا ان اللذة التي يحصل عليها من اثارة العضو التناسلي باللمس او الاستمناء ، لا توازي في طبيعتها التجربة الجنسية في الكبر . ويرى فرويد واتباعه ، انه في هذا الدور يتجه اهتمام الطفل الى احد والديه من الجنس المعاكس ، الطفل الى والدته ، والطفلة الى والدها ، ويصحب هذا الاهتمام تحسس بالغيرة والكراهيـة للوالد الاخير. الولد لوالده، والطفلة لوالدتها (عقدة اوديب. Oedipus Complex ، وعقدة الكترا Electra Complex على التوالي .

ب – الادوار التناسلية Genital

١ – الدور (الجنسي المثلي Homosexual)، وفيه يتجه اهتمام الطفل الى

العلائق ذات الطـــابع الجنسي مع افراد من جنسه . وقد يبدأ هذا الدور في السابعة او يتأخر عن ذلك سنة او اكثر .

٢ — الدور الجنسي المضاد Heterosexual .

وهو الدور الاخير في عملية النمو والنضوج الجنسي ، وفيه تستهدف الرغبة الجنسية فردا من الجنس الاخر . ومع ان العلائق المباشرة هي الهدف الاخير والهام في هذه العلاقة، الا ان الكثير من المظاهر الجنسية الغير مباشرة ذات اهمية كبيرة في هذا الدور .

ان معظم الاطفال يمرون بجميع هذه الادوار بالتتابع في نموهم الجنسي ، على ان وضوح كل دور منها قد لا يتشابه بين طفل واخر . والاضطرابات الممكنة في هذا النمو الجنسي هي :

١ — عدم وضوح دور او اكثر من هذه الادوار .

٢ — الابطاء في الانتقال من دور الى آخر .

٣ — السرعة في العبور من دور الى آخر .

٤ — التوقف عند دور معين من النمو الجنسي

٥ — الاحتفاظ بمظاهر اكثر من دور في وقت واحد .

٦ — واخيرا نكوص الفرد الى دور سابق بعد تعديه هذا الدور .

ولجميع هذه الاضطرابات اهميتها ، بالنظر لارتباطهـا بنمو شخصية الفرد وتوازنه النفسي . وظهور اي من هذه الاضطرابات ، قد يكون اول ما يجلب الانتباه الى الخطأ والارتباك في عملية تكيف الطفل بالنسبة الى محيطه، وخاصة في مجال حياته العاطفية ، وهو امر قد يكون عظيم الاهمية والاثر في تكوين شخصيته وسلوكه ، ليس في نطاق الحياة الجنسية فقط ، بل في حدود اوسع

تشمل جميع عملياته النفسية . ومهما كانت الاعتراضات على وجود مثل هذه الادوار في النموالجنسي والنفسي للفرد، خاصة الادوار الطفولية الاولى (الدور ١ ٢ ٣) ، فما لا شك فيه ان هذا النمو يأتي بشكل تدريجي الى ان يصل الى دور النضوج في سن البلوغ . ولا توجد معالم معينة من حيث العمر يجب فيها الانتقال من دور الى دور للنمو الجنسي ، والذي يحدث هو ان انتقال الفرد من دور الى آخر لا يعني تخليه تماما عن الدور السابق ، فقد تظل بعض ميول هذا الدور في نفسه . على ان تأخر الفرد في الانتقال من دور الى آخر ،ووضوح اكثر من دور في آن واحد ، او نكوص الفرد الى دور سابق تعداه في نموه الجنسي والنفسي ، او توقفه عند دور معين في التكامل الجنسي والنفسي لا يتعداه ، كل هذه الامور تدل على اضطراب في نمو الشخصية قد يكون بعيد الاثر على المستقبل الصحي النفسي للفرد . ومثل ذلك يقال في مظاهر السلوك الجنسي التي توصف بالشذوذ والانحراف . فهذه تعتبر من دلائل الاضطراب في تكوين الشخصية ونموها وتكاملها . وقد استرعت هذه الاضطرابات الجنسية الكثير من الاهتمام من قبل الاخصائيين في الامور النفسية والعلوم الاجتماعية والبايولوجية ، وقد افاد البحث في النواحي الجنسية الى جلاء الكثير من الحقائق التي لا بد منها لفهم هذه الناحية الهامة من الحياة الانسانية . وفيما يلي خلاصة مختصرة للمظاهر المختلفة للاضطرابات والانحرافات الجنسية ، وهي على نوعين (١) اضطراب في القوة الجنسية و (٢) انحراف في الهدف الجنسي .

أ – اضطراب في قوة الدافع الجنسي :–

١ – **الضعف الجنسي في الرجل** (العنة Impotence). الهبوط في قوة الدافع الجنسي تأتي على درجات ، كاملة او جزئية ، وفي الحالتين قد تتأثر فيها الرغبة في العمل الجنسي ، او العمل نفسه، او الاثنين معا . وفي حالة الضعف في العمل الجنسي ، فقد يأتي ذلك على صورة البطيء في عملية التوتر، او عدم اكتماله ، او قصر مدته ، وقد يقتصر على عملية القذف من سرعة او ابطاء او.

امتناع . وقد يقتصر الضعف الجنسي على شعور الفرد بعدم تحقق اللذة التي يجب ان ينتهي بها العمل الجنسي .

ان الاسباب المؤدية الى هذا الضعف كثيرة من عضوية ونفسية . ولعل من اهم الاسباب العضوية هي الاصابة بمرض السكري ، والسفلس ، والامراض العصبية العضوية وخاصة التي تؤثر في المراكز العصبية في القسم الاخير من النخاع الشوكي . كما ان بعض الادوية المستعملة في علاج الامراض العقلية (فصيلة الفينوثايزين Phenothiazine ، لهـا امكانية اضعاف الدافع الجنسي في المريض . وفي جميع الحالات يجب البحث عن الاسباب العضوية قبل الاسراع في الاستنتاج «بنفسانية» الهبوط الجنسي .

ان العوامل النفسية المؤثرة في قوة الدافع الجنسي من رغبة او فعل كثيرة ، وتكاد تشمل كل ما يؤثر في الحياة النفسية للفرد . وليس هنالك من عمل يأتي به الانسان يتصف بما يتصف به الفعل الجنسي من الرقه والعرضة للاضطراب ، وخاصة في حياة اولئك الذين ارهفت احساساتهم ، ورق ميزان حياتهم العاطفية . وهكذا فمن الطبيعي ان تتأثر قوة الدافع الجنسي بعوامل متعددة مثل الظروف التي يتم فيها العمل الجنسي ، وجاذبية الشريك ، والحالة النفسية للفرد ، وتجاوب الشريك في الرغبة ، الى غير ذلك من العوامل الكثيرة . ونلاحظ كثيرا شكوى المرضى من الضعف الجنسي في الفترة السابقة للزواج مباشرة او في الفترة التي تلي ذلك . وترد اسباب ذلك الى تخوف الفرد من الفشل في العمل الجنسي ، ثم ان الجو الاجتماعي بتقاليده الاثباتية ، يخلق في بعض المتزوجين حالة من التوتر والقلق لا تسمح بنجاح الاتصال الجنسي في حينه . وهذا الفشل يخلق بدوره حالة من عدم الثقة بالنفس وعدم التقدير لها مما قد يعطل طويلا في قوة الدافع الجنسي . وهنالك الكثير من الحالات التي يعود فيها الضعف الجنسي الى عوامل اكثر عمقا في الحياة النفسية للفرد ، فمنها ما هو متصل بالثقافة البيتية او الدينية بما يتعلق بالنواحي الجنسية وتحريمها ، ومنها ما قد يتولد عن الشعور بالاثم او القلق ، او بسبب تأصل شعور طفولي بان اظهار الاعضاء التناسلية هو عيب مهما كانت

الدواعي الى ذلك . وفي بعض الحالات قد يكون الضعف مظهرا يخفي وراءه اتجاهـا جنسيا مثليا بالميل الى العلاقة الجنسية مع نفس الجنس فقط . وفي حالات اخرى قد يأتي الفشل لأولئك الذين يخافون من الامراض التناسلية، سواء كان الخوف تعبيرا عن فكرة تسلطية لا يستطيعون الخلاص منهـا ، او بسبب تجارب جنسية سابقة تولد فيهـا الشعور بهذا الخوف . واخيرا فان هنالك صلة قوية بين الحياة المزاجية للفرد، وبـين قوة الميل والدافع الجنسي. والهبوط في هـاتين الناحيتين اهم ما يتصف به مرضى الكآبة النفسية او العقلية . كما ان استرداد القوة الجنسية يعتبر من اهم الدلائل على تماثل المريض للشفاء من مرض الكآبة . ومن ايراد هذه النقاط جميعها ، يتبين ان علاج العنة في الرجل يتطلب البحث عن السبب الرئيسي لهذه الحالة، سواء كان ذلك عضويا او نفسيا او كليهما، وان اي علاج يقتصر على المقويات الهرمونية فقط ، قـد يضر المريض بتأخيره لاكتشاف السبب الاساسي ، وبتعريضـه المريض للمزيد من القلق والكآبة والاضطراب، وكلها لا تساعد في رد المريض الى حالته الطبيعية . ويمكن القول بشكل اجمالي ، ان الحالات الحديثة الوقوع، والظـاهرة الاسباب في الهبوط الجنسي ، هي اكثر حظا بالشفاء السريع بالعلاج، من تلك الحالات المزمنة ، او التي تعود الى سن مبكر ، او التي ترد الى اسباب نفسية غـامضة او معقدة ، والقليل من هذه الحـالات النفسية الاخيرة تستجيب للعلاج حتى بطرق العلاج النفسي الطويل .

٢ - **البرودة في المرأة** Frigidity . وهي حالة تقابـل في طبيعتهـا حالة الهبوط الجنسي في الرجل ، سواء كان ذلك من ناحية الميل او الفعل . وهى حالة اكثر حدوثا في المرأة من مثلهـا في الرجل بسبب هبوط الرغبة الجنسية في المرأة بشكل عام عن الرجل . واسباب هذه البرودة كثيرة ،وهي في غالبيتها اسباب ترد الى عوامل نفسية ، وان كانت بعض الاسباب العضوية العامة ، او المتصلة بالجهاز التناسلي للمرأة ، قد تجعل من العملية الجنسية امراً مؤلما لها مما يؤدي الى

تجنب العمل الجنسي او تأديته ببرودة وبدون رغبة. ولعل اهم الاسباب النفسية التي تؤدى الى البرودة الجنسية في المرأة هي عدم اكتمال النمو العاطفي الجنسي، سواء جاء ذلك بنتيجة التعلق الشديد بالأم، او بسبب شخصية طفولية غير نامية. وكثيراً ما توجد البرودة في المرأة التي تعاني حالة من القلق، سواء تولد ذلك عن الخوف من الحمل والامومة، او عن الاذى اثناء العمل الجنسي. وبعض النظريات التحليلية ترى في برودة الميل الجنسي عند المرأة تعبيراً عن حسدها للرجل على رجولته وتسلطه، مما قد يخلق شعوراً من العداء له. ومثل هذا الشعور لا يولد حرارة من الميل الجنسي. واخيراً فان الرغبة الجنسية في المرأة، كمثلها في الرجل، تعتمد على توفر الجاذبية والتوافق مع الطرف الآخر، كما تتطلب الظروف المناسبة التي تكسب المرأة الشعور بالاطمئنان، والثقة، والتحرر من القلق، والخوف، والشعور بالعيب، او الاثم، وهي امور لها من الاهمية ما يزيد على اهميتها في الحياة الجنسية للرجل.

٣ – (**الجنون الجنسي في الرجل** Satyriasis ومثله في المرأة (جنون الحورية Nymphomania، وفي كلا الحالتين يصعب اشباع الرغبة الجنسية بسبب الالحاح في الرغبة وعدم الاكتفاء من ممارستها.

ب – الانحرافات الجنسية والشذوذ الجنسي Sexual Perversion

وتحدد الانحرافات، بتلك الحالات التي يشذ فيها الفرد عن النمو الطبيعي في ميله او ممارسته الجنسية، اما بسبب توقفه عن هذا النمو الطبيعي، واما بسبب انحرافه عن مجراه الطبيعي في عملية النمو هذه. وهذا الانحراف لا يعني ابداً توفر اي اضطراب في الناحية التشريحية او الفيزيولوجية للاعضاء الجنسية، وانما ينحصر في اضطراب الناحية الجنسية – النفسية للفرد. والانحرافات الجنسية على نوعين (١) انحراف وشذوذ في الهدف او الغرض من العلاقة الجنسية و (٢) انحراف او شذوذ في اختيار موضوع العلاقة الجنسية.

١ – انحراف الهدف او الغرض ،

وفي هذا النوع من الشذوذ الجنسي ، يحصـــل الفرد على اللذة من وسيلة او وسائل غير طبيعية . وقد يتبع الشاذ وسيلة وضدها في نفس الوقت . كما انه قد يعاني عدة انواع من الشذوذ في آن واحد . وفيما يلي الانماط الهامة من انحرافات الهدف الجنسي .

١ – **السادية** Sadism . وفي هذا النوع من الانحراف ، يحصل الشاذ جنسيا على لذته من ايقاع الالم بالاخرين . وتستعمل السادية الآن في نطاق واسع ، للدلالة على التلذذ في ايقاع الالم بالآخرين بدون ضرورة توفر العلاقة الجنسية . وتتخـــذ السادية الجنسية وسائل مختلفـة لتحقيق غرضها كالضرب والتقييـد والعض والاهانة. وكثيراً ما تقتضي اللذة الجنسية رؤية الدم للوصول الى ذروتها . وبعض الساديين يلذ لهم رؤية العلاقات الجنسية السادية سواء بين جنسين متماثلـــين او مختلفين . وعلى العموم فان الرجال اكثر نزعة للسادية من النساء. وهنالك حالات واردة لاعمال سادية في العلائق الجنسية يكون القتل او التشنيع ضرورة من ضروراتها .

٢ – **الماسوقية** (المــازوخية Masochism). في هذا الشذوذ يحصل الفرد على لذته الجنسية من ايقاع الالم على نفسه . وقد يكون ايقاع الالم في بعضهم ضرورة تسبق العلاقة الجنسية الطبيعية . وتتخذ الماسوقية عدة طرق من ضرب وربط وتقييد واهانة واخضاع . وكثيراً ما يصاحب شذوذ الماسوقية ، مظاهر اخرى من الشذوذ كممارسة الطور الشفوي والشرجي من العلاقات الجنسية .

وفي بعض هذه الحالات قد يتمتع الشاذ بالاتجاهين من الشذوذ السادي والماسوقي. وقد يمارس الانحرافين معا في آن واحد . ودعى هافلوك اليس هذا الانحراف المشترك بـ (الجولاكنيك Algolagnic) . ويبدو من بعض الدراسات الجنسية في الغرب ، ان هنالك ميلا شديداً لدراسة وتتبع هذين النوعين من الشذوذ مما يحمل الى الاعتقاد بانتشارهما بين الناس في حدود واسعة . وعلى كل فان بعض

مظاهر السادية والماسوقية في العلاقات الجنسية امر يتوفر في العلائق الجنسية عند معظم الناس ولا يعتبر بحدوده البسيطة امراً غير طبيعي .

٣ – (**الاستعرائية** Exhibitionism) ، وهو نوع من الشذوذ اكثر وقوعا في الرجال منه في النساء . وهو كثير الوقوع في حالات المرض العقلي ، وقد يكون في بعض الحالات ليس شذوذاً بالمعنى الصحيح ، بقدر ما هو استجابة لدافع فكر تسلطي يجبر صاحبه عليه ، وبزوال الفكر التسلطي ، تزول حالة الاستعراء ويشعر المريض بالراحة والهدوء ، وبدون ضرورة الحصول من اللذة الجنسية . والشاذ الاستعرائي يجد اللذة باظهار عضوه الجنسي للغير ، ويكون ذلك عادة في معزل عن الآخرين . وقد يتطلب الاستعراء استجابة الطرف الآخر بمظهر من الخوف او اللذة او الاهتمام او الاشمئزاز . وقد يقوم الشاذ اثناء ذلك بعملية الاستمناء ويجب ان نلاحظ ان بعض حالات الاستعراء تقع في بعض المصابين بحالات الصرع وهنالك حالة مشهورة لسيدة محترمة في الغرب بدأت تنزع ثيابها وهي تشاهد مسرحية، وقد تبين بعد ذلك انها تشكو من احدى حالات الصرع. كما ان الاستعرائية تحدث احيانا في بعض المسنين وقد تكون اول الدلائل على اصابتهم بالخرف .

٤ **الاستبصاصية** Voyeurism) . وفي هذا الشذوذ يجد الفرد لذة جنسية في رؤية العاري من الرجال او النساء او الاطفال ، او من مشاهدة ومن رؤية نفسه في المرآة وهو يمارس العمل الجنسي . وهو شذوذ قليل الحدوث في المرأة . واكثر حدوثا في الرجل.

٥ – وهناك انواع اخرى من شذوذ الهدف او الغرض، يصل بعضها الى حدود التعقيد لما قد يجمعه المنحرف من اتجاهات مختلفة من الانحراف في العمل الجنسي الواحد . ومن حالات الشذوذ الغريبة التي شاهدها المؤلف في احدى الطلبة الجامعيين ، حالة شذوذ اثار فيها المريض لذته الجنسية بادخال سلك معدني

في فتحة القضيب وفي احدى ساعات هذه الممارسة الشاذة وصل السلك الى المثانة واستقر فيها ، مما سبب التهابا حمل المريض الى مراجعة المستشفى وانتهى باجراء تدخل جراحي لاخراجه .

ب – انحراف في اختيار الشريك الجنسي .

١ – (**اختيار الطفل** Paedophilia) . ومثل هذا الاختيار نجده في السلوك الجنسي لبعض المتخلفين عقليا وفي بعض المصابين بالخوف، ولعل ذلك يرد الى عدم الممانعة والمقاومة من الاطفال ، والى ضرورة اختيار من لا يزيد عنهم طاقة عقلية . والشاذ الصحيح في هذا النوع من الانحراف ، يعامل الطفل كما لو كان هو نفسه طفلا ، ولهذا يعتبر الشذوذ وكأنه بقايا نزعة نرجسية في الطفولة . واغلب الشاذين يختارون شريكا من جنسهم .والنساء اقل من الرجال بكثير ميلا لهذا النوع من الشذوذ .

٢ – (**اختيار المسنين** Gerontophilia) . وفيه يختار الشاذ (بدون اضطرار) ، شريكا يكبره بكثير . فقد يحدث ان يقدم مراهق على العمل الجنسي بالموافقة او بالاغتصاب مع امرأة طاعنة في السن .

اختيار الموتى (الحيوانية – البهيمية Zoophilia, Bestiality) . وفيه يختار الشاذ حيوانا للحصول على لذاته الجنسية . وقد يكون هذا الاختيار انحرافا شاذا كما قد يكون ضروورة اقتضتها طبيعة الحياة التي يعيشها الفرد التي يتحدد فيها اى نوع من الاتصال الجنسي الطبيعي . واكثر ما يقع هذا النوع من الشذوذ في المناطق الريفية . وقد ورد في احدى النظريات التحليلية لهذا النوع من الشذوذ ، ان الفرد يختار الحيوان شريكا جنسيا لشعورة بان الحيوان لا يستطيع التحكم فيه .

٤ – **اختيار الموتى (الجثمانية** Necrophilia) . وفية يقدم بعض الشاذين على العمل الجنسي في جثة الميت . ومنهم من يقوم بذلك مع من هو مقعد او

ذو عاهة . وتفسر بعض هذه الحالات على ان احد والدي الشاذ كان يعاني مرضا طويلا ادى الى موته، وان الانحراف الجنسي مـــا هو الاتعبير عن التعلق العاطفي به .

٥ – **الفتشية** Fetishism . وفي هذا الشذوذ يحصل الفرد ، وهو عادة من الذكور ، على لذته الجنسية عن طريق التوصل الى او مداعبة او تلمس بعض الادوات التي تعود الى فرد آخر ، مثل الاحذية وحقـــائب اليد والجواريب والملابس الداخلية . وهنالك نظريات متعددة في تفسير هذا النوع من الشذوذ. منها ان الفتشي مصاب بعقدة الخصي Castration Complex ،وبسبب خوفه من ان يتحقق هذا الخوف بالعلاقة الجنسية المباشرة فهو يستعيض عنها بصورة غير مباشرة . وترى نظرية اخرى ان الاداة الفتشية التي يستعملها الشاب لها صفـة رمزية وتكون له بمثابة العضو التناسلي . ونظرية ثالثة ترى ان الفتشيه في الشاذ جنسياً هي امتداد لاسلوب ممارسة الاستمناء الذي قد يقتضي استحضار بعض الادوات التي تستعملها النساء لاثارة الرغبة والتوتر.واستمرار هذه العادة يكون دليلا على حاجة الشاذ الى مثل هذه الاثارة .

٦ – **الالباسية** Transvestism . وفي هذا الشذوذ يجد المريض لذة في ان يلبس ملابس الجنس الآخر . ولما كانت النساء يلبسن البنطلون بشكل اعتيادي لا يثير الشك ، فان من الصعب ادراك مدى شعورهن بالاكتفاء الجنسي الشاذ من هذا الالباس . ولهذا تعتبر حالات لبس الرجل لملابس المرأة دليلا على هذا النوع من الشذوذ . ويفسرون هذا الشذوذ على ان الرجل يتغلب على عقـدة الخصي في نفسه بالظهور كأمرأة وبعضو تناسلي للرجل في آن واحد . ويفسره آخرون بانه دليل على بقاء الشعور النفسي بالانوثة في بعض الاطفال الذين يلبسون ملابس الفتيات ويعاملون كالاناث في صغرهم .

٧ **الجنسية المثلية في الذكور** Homosexuality . وفي هذا الانحراف الجنسي يكون الميل الغالب او الكلي للفرد هو الحصول على اللذة الجنسية مع شريك من

نفس الجنس ، وقد يكون هذا الميل فعليا يؤدي الى ممارسة العلاقــة المذكورة ، كما قد يكون هذا الميل كامنا يخطر في بال الفرد ويداعب صورته في ذهنــه دون ان يمارسه بالفعل . ان الجنسية المثلية هي احد الادوار التي يمر فيها الطفل في نموه الجنسي والنفسي . وفي هذا الدور ينجذب الى الميل العاطفي لمن هو من جنسه من الاطفال . وقد يؤدي هذا الميل الى ممارسة جنسية فعلية ، على ان هذا الميل يقل تدريجيا الى ان يحل دور الجنسية المختلفة . وهنالك نسبة من الناس لا تتخلى عن هذا الدور من الجنسية المثلية تماما فتظل بعض اتجاهاته قائمة جنبا الى جنب مع الدور الطبيعي والنهائي للعلائق الجنسية . ومن الناس من يمارس الدورين معا وفي وقت واحد (الجنسية المزدوجة Bisexuality) . ويمكن تصنيف حالات الجنسية المثلية الى الاصناف التالية : —

١ — الجنسية المثلية في الاطفال وهي دور طبيعي في النمو الجنسي النفسي .

٢ — استمرارية الجنسية المثلية في الاطفال الى سن يزيد عما هو منتظر ، وفي ذلك دليل على عدم اكتمال النمو العاطفي الجنسي في الفرد .

٣ — ممارسة الجنسية المثلية في سن المراهقة وما بعده كضرورة تحتمها ظروف الحياة والمجتمع ولتعذر المخارج الجنسية الطبيعية . وفي هذه الحالة لا تعتبر الممارسة شذوذاً جنسيا بالمعنى الصحيح .

٤ — احتفاظ الفرد بالعلائق الجنسية المثلية جنبا الى جنب مــع الممارسة الجنسية الطبيعية (الجنسية المزدوجة) . وقد يكون احد الاتجاهين هو الغالب . ويعتبر ذلك شذوذاً اذا لم يتوفر الاضطرار للعلاقة الجنسية المثلية ، ومــع توفر الامكانيات للعلائق الجنسية الطبيعية .

٥ — نكوص الفرد الى دور الجنسية المثلية بعد وصوله الى الدور الطبيعي في العلائق الجنسية . وهذا يحدث في بعض الامراض العقليــة وخاصة مرض الشيزوفرينيا . Regression

٦ - اتجاه المريض اتجاها كليا الى العلائق الجنسية المثلية وعدم توفر اي ميل للجنس الآخر .

لعل من الصعب علينا تعيين نسبة وقوع الممارسة الجنسية المثلية على انواعها في المجتمع بالنظر للسرية التي تحيط هذه العلاقات ، وبسبب احجام المرضى عن اعطاء المعلومات الصحيحة لهذا النوع أو غيره من الحياة الجنسية. على ان كنزى في دراسته الواسعة عن الحياة الجنسية للرجل قد افاد بان حوالي ٤٦ في المئة ممن شملتهم دراسة الاحصائية ، قد افادوا بانهم مروا بتجربة او اكثر من العلائق الجنسية المثلية في حياتهم . ومن الممكن ان تكون هذه النسبة اعلى من ذلك واكثر استمرارية في بعض المجتمعات التي يفرض فيها المحيط قيوداً مشددة على العلائق الجنسية الطبيعية والغير مشروعة .

ان تعيين اسباب العلاقة الجنسية المثلية ، خاصة الحالات التي لا يتوفر فيها عامل الاضطرار الاجتماعي ، او التي لا يصاحبها مرض او نقص عقلي واضح قد لا يكون من السهل الوصول اليه . ويمكن القول بانه لا توجد علاقة مباشرة بين اضطرابات الغدد الهرمونية وبين هذا النوع من الشذوذ الجنسي . ويعتقد بعض الاخصائيين ان الاتجاه نحو الجنسية المثلية يتقرر باستعداد تكويني يعود الى عوامل وراثية ، وان تجارب الحياة النفسية تستغل هذا الاستعداد وتؤدي الى حالة الشذوذ . ويفسر علماء النفس التحليليون الجنسية المثلية بالنظريات التالية.

م - ان الفرد يعاني من عقدة الخصي (الخوف من فقدان العضو الجنسي). وهذا الخوف يدفعه الى تجنب العلاقة الجنسية مع المرأة .

ب - ان الطفل كان يكره امه ولهذا فهو يتجنب كل علاقة جنسية مع امراة تذكره بها .

جـ - ان الطفل كان يكره اباه ، وهو لذلك يجد في العلاقة الجنسية مع فرد آخر من جنسه وسيلة لتعزيز هذه الكراهية للرجال بشكل عام ، وان في العمل الجنسي تحقيقا لرغبة كامنة في نفسه للتعدي عليهم والحاق الاذى بهم .

د ـ ان الطفل في صغره قد تعلق بامه الى حـد التقمص لشخصيتها ولنمط حياتها بما في ذلك الخضوع السلبي ، او ان الطفل كان يكره والده وما يمثله من رجولة مما يدفعه الى الميل لاسلوب امه في الحياة .

هذه النظريات، ومثلها كثيرة ، تشير كلها الى مدى الصعوبة في التوصل الى فهم كامل وصحيح لهذا النوع من الشذوذ الجنسي .

٨ – الجنسية المثلية بين الاناث (اللسبية Lesbianism) . والتسمية تعود الى جزيرة لسبوس في البحر الايجي التي اشتهرت نساؤها ، وعلى رأسهن صافو Sapho بممارسة هذا التوع من الانحراف الجنسي . وكما هو الحال في الجنسية المثلية بين الذكور ، فقد يكون الانحراف كليا او جزئيا . وفي الحالة الاولى يتعين الميل الى الانثى والى الرجل في اوقات مختلفة وبدرجات متفاوتـه في الميل . وقد يتحدد انحراف الانثى بالدور الفعال او الدور السلبي او يظهر على الحالتين في تجارب جنسية مختلفة .

أن من الصعب الحصول على احصائيات تفيد بشيء من الدقة عن مدى انتشار هذا الانحراف بين الاناث . على ان وقوعها في انجلترا يقدر بحوالي عشرة في المئة من النساء وفي امريكا بـ ٢٦ في المئة . وذكر كنزي في دراسته الجنسية عن المرأة بان ١٩ في المئة من النساء افـدن بوقوع تجربة جنسية في حياتهن قبل بلوغهن سن الخامسة والثلاثين . وربما كانت هذه النسب اقل من الواقع بكثير ، وخاصة في بعض المجتمعات المقفلة لمدة طويلة امام اي نوع من الاتصال بين الجنسين. وبمقارنة هذه الارقام بنسب وقوع الجنسية المثلية بين الذكور ، يتضح لنا ان المرأة اقل اتجاها من الرجل الى هذا النوع من الانحراف . وقد يرد ذلك الى ان الحياة الجنسية عند المرأة اكثر توازنا واقل عنفا والحاحا منها عند الرجل. ثم ان المراة اكثر اكتفاءاً من الرجل في علاقاتها الجنسية مع افـراد جنسها عن طريق الاقتراب الجسمي والمظاهر الوجدانية العديدة التي تخدم بصورة غير مباشرة ما تخدمه العلاقة الجنسية الفعلية . ومثل هذه المظاهر كثيرة بين الاناث ، وتبدأ في

سن مبكر وقد تظل بعض مظاهرها حتى سن متأخرة في حياة المرأة دون ان تجلب الانتباه الى طبيعتها الجنسية .

ان الاسباب التي تدفع بالمرأة الا الانحراف الجنسي المثلي كثيرة ، وترد في غالبيتها الى عوامل معقدة تتصل اتصالا وثيقا بشخصية الفتاة وبالعوامل النفسية المختلفة التي تعرضت لها في ادوار نموها منذ الطفولة . ولعل هذه العوامل النفسية في المرأة اكثر تعقيدا منها في الرجل بسبب الرقة التي يتميز بها الكيان النفسي للمرأة مما يجعلها اسرع وابعد تأثيرا من الرجل في حياتها النفسية .

ان بعض الاناث يلجأن الى التجربة الجنسية مع مثلهن ، بسبب التحديد في مجال الاتصال الجنسي او حتى الاتصال العاطفي . وفي هذه الحالة تكون التجربة الجنسية امتدادا طبيعيا للدور الجنسي المثلي الذي يكثر في الحداثة عند الذكور والاناث . وهنالك بعض الانـاث ممن يقمن بهذه التجربة الجنسية بسبب حب الاستطلاع او لمجاراة اجتماعية في حلقات نسائية معينة . ومعظم الاناث يتخلين عن هذا الانحراف بعد توفر العلائق الجنسية الطبيعية مع الجنس الآخر . على ان بعضهن يتجهن اتجاها واضحا ومستمرا في ممارسة الانحـراف ، حتى بعد توفر العلاقات الجنسية الطبيعية في الزواج . وفي هذه الحـالات يتوجب النظر الى التجربة الجنسية كتجربة شاذة تتطلب البحث والعلاج. ومع كثرة هذه الحالات الشاذة ، فان القليل من النساء يشعرون بالرغبة في التخلي عنها بالعلاج . وفيما يلي بعض الاسباب الواردة لتعليل هذا النـوع من الشذوذ الجنسي عند الاناث . والكثير منها يعتمد على بعض النظريات النفسية التحليلية.

ان بعض الاناث يثيرهن الاعجاب ببعض الخصائص التي تتحلى بهـا بعض الفتيات من جنسهن . وقد يبدأ هذا الاعجاب منذ الصغر ، وقد ينمو في بعضهن الى ما يشابه عاطفة الحب العنيف . ويقع اختيـار الفتاة عادة على فتاة تتحلى ببعض المزايا التي تفتقدها في نفسها وطالما تمنتها ، سواء كانت هذه الصفات عقلية او جسمية او اجتماعية . ويعزز هذا الاتجاه فشل الفتـاة في العثور على الصفات

في والدتها او بسبب حرمانها من عطف أم لها بعض هذه الصفات . ومع ان معظم الفتيات يستطعن في الكبر تحويل هذه العاطفة الاعجابية الى مجالات عاطفية او اجتماعية اخرى ، الا ان بعضهن لايستطعن الابتعاد عن هذا الارتباط الذي قد ينمو ويتطور ويتخذ مظهرا جنسيا فعليا وخلاص الفتاة من هذا الانحراف يعتمد على المدى الذي تستطيع التوصل فيه الى اقامةعلاقة جنسية ونفسية ناجحة في حياتها الزوجية، والوصول الى ذلك ، يعتمد بالدرجة الاولى على استعداد الزوج لتفهم الحياة العاطفية والنفسية لزوجته .

ان الكثيرات من الاناث يشعرن بعدم توفر الثقة في انفسهن ، وفي انوثتهن ، ويعانين شعورا عاما بالنقص وعدم الاطمئنان والقلق . وقد يكون بعض هذا الشعور مسببا عن اتجاه معين في تكوين الشخصية ، وقد يأتي بسبب عدم اكتمال نمو الحياة العاطفية للفتاة ، كما قد ينجم ذلك من اخطاء عاطفية تربط الفتاة بوالديها وخاصة والدتها . اذ ان من العسير على الفتاة ان تشعر بمثل هذه الثقة بنفسها ، اذا كان المصدر الاول لتعرفها بنفسها كأنثى ، وهو الام ، لا يعطيها الشعور بذلك. وعندئذ فمن البديهي ان تندفع الفتاة فياتجاه امرأة اخرى توحي لها بهذه الثقة بنفسها وبالتالي الى الاطمئنان النفسي . هذا وهنالك ما يدعو الى الاعتقاد بان بعض الفتيات يندفعن الى هذا الانحراف الجنسي بسبب فقدانهن لعطف الام في وقت مبكر ، سواء جاء هذا الفقدان بسبب الموت او المرض او الافتراق ، او بسبب صدوف الام عن الصلات العاطفية باولادها ، وتكون العلاقة الجنسية المثلية في الانثى في مثل هذه الحالة بمثابة تعويض عاطفي عن هذا الفقدان للمصدر الطبيعي . واذا تمكنت الفتاة في المستقبل من ملء هذا الفراغ العاطفي بمصادر طبيعية ، فغالبا ما تعود الى سبل الحياة الجنسية الطبيعية .

ان الكثير من حالات الانحراف المثلي في المرأة تتسبب عن الفشل في الحياة الزوجية بما في ذلك العلاقة الجنسية . وقد يكون هذا الفشل مقررا بسبب « برودة » الزوجة الجنسي سواء كان هذا البرود مقررا بالطبيعة التكوينية او

بسبب عوامل اخرى . وقد يتقرر هذا الفشل بسبب الزوج ، لاسباب مماثلة ، وقد يأتي بنتيجة عدم التوافق بينهما ، وهي امكانية كثيرة الوقوع في الحياة الزوجية . وفي كل حالة يجب ادراك الحقيقة الواقعة ان الحياة الجنسية للمرأة تمثل اكثر من الاكتفاء الجسدي الغريزي . وهذا الواقع يعرضها الى الاضطرابات النفسية العميقة الاثر في هذه الناحية من حياتها اذا لم تراعى حاجاتها بدقة وعناية ولطف ، وخاصة في الادوار الاولى من علائقها الجنسية في الزواج . والخطأ في ادراك ذلك قد يؤدي الى رد فعل دائم يبعدها عن كل علاقة جنسية طبيعية ويدفعها الى علاقة جنسية اخرى اكثر تميزا بالرقة واكثر تجاوبا من الناحية الروحية والنفسية .

٩ - **الاستمناء (العادة السرية)** Masturbation . عملية الاستمناء عادة يكاد يشترك في ممارستها جميع الناس في الصغر الى حد يمكن اعتبار من لم يمر بها مصابا بعلة او مرض نفسي او عقلي . وتبدأ هذه العادة في سن مبكرة من الطفولة عندما يشعر الطفل بشيء من اللذة من اللعب بعضوه الجنسي . وفي هذه الفترة تكون العادة اكثر وقوعا في الطفل منها في الطفلة . على ان الاطفال من الجنسين يتساوون في ممارستها بعد السنة الثالثة . وتستمر العادة الى سن الحداثة والمراهقة والى ما بعد ذلك في كثير من الحالات وخاصة في المجتمعات المتشدده امام الصلات الجنسية الطبيعية . وفي هذه الحالة تعتبر العادة امرا طبيعيا لا يشكل شذوذا . غير انها تصبح انحرافا جنسيا عند الاكثار من ممارستها وعندما تتخذ هذه الممارسة صفة الدافع الالزامي . كما انها تصبح شذوذا اذا اقترنت باحدى وسائل الشذوذ الجنسي التي سبق ذكرها . وفي الكثير من الناس تستمر العادة الى ما بعد الزواج . وفي هذه الحالة تعتبر من العادات الجنسة الغير طبيعية . ثم ان الاستمناء قد يكون مظهرا من مظاهر الحياة الانطوائية ، وتكثر هذه العادة في اصحاب الشخصية الشيزية ممن لديهم استعداد واضح للاصابة بمرض الشيزوفرينيا .

ليس هنالك من خطر على الصحة من ممارسة العادة السرية في حدود معتدلة

وفي فترة الطفولة والحداثة وحتى مـــا بعدها في حالة انعدام الصلات الجنسية الطبيعية . واكثر المشاكل النفسية الناتجة عن الاستمناء كالقلق والنحول العصبي تأتي بسبب خجل الممارس لهـا وشعوره بالاثم من ممارسة عادة يعتبرها محرمة . وفي حالات كثيرة يحدث الاضطراب النفسي بسبب اعتقاد المريض بان العـادة تؤدي الى الضعف الجنسي او السل او فقدان الذاكرة او المرض العقلي . وتكون الاعراض المرضية التي يشكو منها مشابهة للامراض التي اعتقد بان العادةالسرية تؤدي اليها .

ان معظم حالات الاستمناء لا تستوجب العلاج . وتعتبر مظهرا طبيعيا سليما من مظاهر الحياة الجنسية وخاصة في الاطفال والاحداث . ومثل ذلك يقال في الكبر ، اذا كان في ممارسة العادة المخرج الوحيد للطاقة الجنسية، على ان حالات الافراط والحالات التي تقترن بشذوذ جنسي آخر او باضطراب نفسي او عقلي ، فيجب ان تعالج بما يقتضيه ذلك المرض . وفي الحالات الكثيرة التي يصاب فيها الممارس بمرض نفسي نتيجة تخوفه من الآثار الضارة للعادة ، فقد يكفي في علاج مثل هذه الحالات تطمينه بان العادة لا ضرر منها وانها عامة الشيوع بين الناس.

علاج الانحراف الجنسي

الانحراقات الجنسية، كما اتضح حتى الآن ، كثيرة الوقوع في المجتمع، وهي على درجات متفاوتة من الشدة ومعظمها لا يصل الى نطـاق الاستشارة الطبية والعلاج لاسباب متعددة ، ليس اقلها ورودا عـــدم توفر الرغبة الواعية عند المصاب بالشذوذ بالتخلص من انحرافه الجنسي . ولهذا السبب فان من اهم قواعد الانحراف الجنسي هو الحيلولة دون قيامه . وذلك بتوفير الدرجة الكافية من الثقافة الجنسية في الوالدين اولا ، مما يساعدهم على توجيه الحياة الجنسيةلاطفالهم بالشكل المناسب لنموهم النفسي . ويتطلب ذلك ايضا ادراك عوامل الخطأ في نمو شخصية الطفل منذ الصغر ومحاولة التغلب على هذه العوامل منعا لانعكاسهافي اتجاهات جنسية شاذة ، ومثل هذا الادراك في حينه ، يمنع تأصل العـــادة

الجنسية الشاذة ، ويجعل من السهل تحويلها الى سبل جنسية طبيعية . اما العلاج الفعلي لحالات الشذوذ ، فذلك يتطلب فهما كاملا لاسباب الشذود . وقد يتطلب هذا الفهم الرجوع الى ادوار النمو العاطفي للفرد في طفولته حيث توجد معظم العوامل التي وجهت الشخصية الى هذا الاتجـاه الجنسي المنحرف . من البديهي ان ننتظر فائدة علاجيه من تطبيق الوسائل النفسية في العـلاج ، غير ان الواقع العلاجي يشير الى قلة عدد الحالات التي تستجيب الى هذا النوع من العلاج . وقد ثبت بالتجربة ايضا ان الوسائل المادية في العلاج كالمهدئات ، والصـدمة الكهربائية والانسولين ، عديمة الاثر في العلاج الانحراف الجنسي الا في الحالات التي يكون فيها الانحراف مظهرا من مظاهر اضطراب عقلي . وفي الحالات التي يتبين فيها ان الانحراف الجنسي ضرورة املتها بعض الظروف المفيدة لتصريف الدافع الجنسي بشكل طبيعي فيجب النظر في امكانية توفر الاساليب الطبيعية والمشروعة لتصريف مثل هذا الدافع ، قد يقتضي ذلك في بعض الحالات تغيير ظروف المنحرف ومحيطه اكثر من تغيير شخصيته ودوافعه .

ان الانحرافات الجنسية ما زالت تعـاني من آثار النظرة الاجتماعية الصارمة للذين يعانونها ، وما زالت بعض هذه الانحرافات في بعض الاقطـار والقوانين تعتبر جريمة يعاقب مرتكبها . ومن البديهي ان علاج هذه الانحرافات لا يمكن ان يكون مجـديا في مثل هذا الجو الذي لا يساعد المريض على الشعور بالثقة والرغبة في العلاج . وسيظل الامر كذلك ، الى ان ينظر المجتمع والقانون معـا الى المنحرف جنسيا كفرد يعاني مرضا نفسيا اصيلا. وان مرضه يستوجب العلاج لا القسوة والتشهير .

هذا وقد استعملت في السنوات الاخيرة بنجاح بعض وسائل العلاج التطبعية المعنية على نظريات بافلوف . وقد طبقت هـذه الوسائل في بعض انواع الشذوذ كالفتشية والجنسية المثلية .

٤ — الادمان والتعود

الادمان والتعود على العقاقير بما في ذلك الكحول مظهر من مظاهر الاضطراب في الشخصية . ووجود الحالة الواحدة منها او الاخرى ، وخاصة الادمان ، نذير بوجود تصدع اساسي في تكامل الشخصية وتوازنها ، وقد تكون له دلائل مرضية خطيرة وبعيدة الاثر في حيـــاة الفرد وفي صلاته الاجتماعية وفي قابليته على العمل .

عرفت هيئة الخبراء الخــاصة بالمخدرات في منظمة الصحة العالمية الادمان بأنه « .. حالة مزمنة او متكررة من التخدير مضرة بالفرد وبالمجتمع ، وتتسبب عن التناول المتكرر للعقاقير (الطبيعية منها او المركبة). وخصائص هذه الحالة هي : (١) رغبة او حاجة ملحة (الزامية) للاستمرار في تناول المادة والحصول عليها بكل وسيلة (٢) الاتجاه الى زيادة الجرعة المخدرة (٣) الاعتماد (النفسي)»، وفي بعض الحالات الاعتماد الجسمي ، على الاثار التي تحدثها المادة التي يتناولهـــا الفرد » . بينما يعتبر التعود درجه بسيطة من الادمان ليس له ما للادمان من قوة الالحاح والالزام ولا الاتجاه لزيادة الجرعة الدوائية مع مرور الزمن، كما لا يتوفر فيه الاعتماد الجسمي على الآثار التى تحدثها المادة . ومع ذلك فان الكثيرين ممن يتناولون مختلف العلاجات ، وخاصة الادوية المهدئة، يخلقون في أنفسهم حالة من الاعتماد النفسي على دواء معين وخاصة اذا كان ذلك الدواء يعطيهم بعض الراحة ويجنبهم الشعور بالقلق والضيق والاحتصار .

اسباب الادمان

البحث في الادمان بشكل عام ، يظهر توفر اكثر من عامل واحد في تكوين حالة الادمان . ولعل اهم هذه العوامل هي شخصية المريض الذي يتناول المادة، والظروف التي حملته على استعمالها لاول مرة، والتي سهلت الاستمرار في استعمالها بعد ذلك . وبعد تأكد حالة الادمان تصبح شخصية المريض ذات طبيعة ادمانية خاصة، لها صفات نفسية وخلقية واجتماعية وجسمية تحتم الاستمرار في الادمان.

وابرز هذه الخصائص التواكل والاعتماد على الغير والتهرب من المسؤولية ، وعدم الثقة بالنفس ، وتجنب العمل ، والاتجاه المضاد للمجتمع ، وعدم التقيد بالمثل ، والكذب ، وغير ذلك من المظاهر الخلقية التي لا يحترز المدمن من اللجوء اليها لتيسير حصوله على المادة التي ادمن عليها. ولهذا يصبح المدمن ليس مجرد مشكلة مرضية خاصة بل يتحول الى مشكلة اجتماعية واسعة الابعاد والاعتبارات . وفيما يلي وصف تحليلي لبعض انواع الشخصية التي نجدها في المدمنين .

١ - شخصية طبيعية سوية . والذي يدفع بهؤلاء الى الادمان هو سوء الحكمة من الطبيب المعالج الذي استعمل المادة العلاجية بدون مبرر ، او استمر باستعمالها الى حدود دوائية وزمنية ابعد مما تقتضيه الضرورة . ولو اقتصر استعمال مختلف العقاقير التي لها مثل هذه الخصائص الادمانية على الضرورة القصوى لقل خطر الادمان الى حد بعيد .

٢ - الشخصية القلقة التي تتناول الدواء لتغطية الشعور بالقلق . ومثل ذلك نجده في الشخصية الانطوائية والشخصية الكئيبة .

٣ - الشخصية السايكوباثية ، وهؤلاء يتناولون الدواء للحصول على شعور النشوة، او لاكتساب شعور الاهمية بالشذوذ عن الغير، او كتعبير عن كراهيتهم للمجتمع ، او لكبت شعورهم بالفشل الجنسي .

٤ - الشخصية المريضة عقليا . وخاصة في مرض الكآبة حيث يستعمل الدواء للتخفيف من الكآبة . فمعظم المواد التي تستعمل في الادمان لها بعض الخصائص المفرحة التي تزيل لمدة قصيرة الشعور المؤلم بالكآبة والتوتر والوحدة وضياع الامل . وبانتهاء المفعول القصير للدواء ، تعود هذه الاعراض ، مما يدفع بالمريض مجددا الى استعمالها وهكذا الى ان يصل الامر الى حدود الادمان . والذي نلاحظه بكثرة في المدمنين بشكل فعلي، او الذين يتنالون مختلف الادوية بما في ذلك الكحول بمقادير كبيرة وبشكل مستمر، هو ان ايقاف استعمال ما تعودوا عليه يكشف بسرعة اعراض حالة كامنة من الكآبة. وكثيرا ما تحدث المحاولات الانتحارية في هذه الفترة من ايقاف الدواء . وهذا الخطر كامن في كل حالة من

الادمان وخاصة في اولئك الذين عرفوا قبل ادمانهم بحياة مزاجية كئيبة .

انواع الادمان

يقسم الادمان عادة الىفئتين رئيستين: الادمان على المواد الكحولية بانواعها المختلفة ، والادمان على العقاقير؛ والادمان الاخير على انواع:

١ – الادمان على المسكنات للالم (المورفين . الهروين . البثدين) وامثالها من المركبات المستحضرة .

٢ – الادمان على الادوية المفرحة او التي تحدث الشعور بالنشوة (الكوكايين والحشيشة) .

٣ – الادمان على المنومات . مركبات الباربيتوريتس على انواعها وخاصة الفينوباربتال (جاردنال) والاميتال ، والسكونال والنمبتال . وفي حالات اخرى على البرلدهايد والكلوروهايدريت وغيرها .

٤ – الادمان على المهدئات (الليبريوم ، المبروبمايت) وغيرها من المستحضرات المهدئة .

٥ – الادمان على العقاقير المهلوسة مثل (المسكال و (ل س د) . (LSD)

ومع ان القواعد الاساسية لجميع حالات الادمان واحدة . الا ان آثار الادمان تختلف بين فئة واخرى من الفئات المذكورة كما ان هنالك تفاوتا في درجة اعتماد المريض على كل واحد منها وفي الاعراض الناتجة عن تناولها اما علاجيا واما بسبب تعذر الحصول عليها .

الادمان على الكحول

مع ان هذه التسمية تستعمل في وصف كل من يكثر من شرب المواد الكحولية ، الا انها يجب ان تتحدد طبيا في اولئك الذين اذا بدأوا في الشرب لا يتوقفون عن ذلك ، الا اذا اصبح من المستحيل عليهم الاستمرار في الشرب. ومع ان الذين تعودوا على الشرب بمقادير كبيرة كثيرون في المجتمع ، الا ان الغالبية العظمي منهم يستطيعون التوقف ارادايا عن الشرب ، وبذلك لا يصح

اعتبارهم من المدمنين . ان المدمن على الكحول يمر بادرار مختلفة تبدأ بتناول الشراب في مناسبة معينة ، او للقضاء على شعور نفسي معين كالخوف او القلق ، او لفقدان الثقة او الارق وبعد ذلك يتطور الامر تدريجيا الى الحد الذي يفقد فيه الفرد القدرة على ممارسة ارادته بايقاف الشرب ، وعندما يصل الى هذا الحد يصبح مدمنا بالمعنى الصحيح . لقد قام عدد من العلماء بابحاث كثيرة نفسية وكيمياوية لتقرير السبب الذي يدفع بعض الافراد الى الادمان بينما يظل معظم الذين يتناولون الشراب حتى بكثرة بدون ادمان !! ولم يظهر حتى الان اي تفسير كيمياوي للادمان ، غيران هنالك اتصالا وثيقا بين الشخصية السايكوباثية وبين الاستعداد للادمان ليس على الكحول فقط وانما على مختلف وسائل الادمان العقاقيرية التي عددناها . وقد جاء بعض علماء النفس التحليليون ببعض النظريات عن الدافع للادمان منها ان المدمن على الخمر قد اصيب بالفشل في الدور الشفوي (الفوهي) من نموه الجنسي ، وان المدمن في نفس الوقت يتجه اتجاها جنسيا مثليا (هو مو جنسي) والإدمان على الشراب يحقق له ارضاء فمه كما انه يدفع به الى مصاحبة غيره من الرجال ، وهذا يحقق له الهدف الثاني . وقد يكون من الصعب قبول هذه النظريات بالنظر الى تمتع بعض المدمنين بحياة جنسية طبيعية وبالنظر لرغبة الكثيرين منهم باحتساء الكحول في وحدة كاملة وفي عزلة عن غيرهم من الناس .

ان علاج الادمان على الكحول من الامور الصعبة ، بالنظر لمعاودة معظم المدمنين لعادة الادمان . وهذا امر منتظر في حالة عودتهم الى نفس الظروف والبيئة التي ساعدت على قيام حالة الادمان . ولما كان الادمان في الاساس ، يأتي عن الحاجة النفسية لدفع شعور القلق او الكآبة او الفراغ او الفشل ، فان هذه الحاجة النفسية قد تبرز بشكل اوضح واشد عند ايقاف الشراب ، الا اذا كان بالامكان تلافيها بالعلاج الصحيح . وعلى هذا فان علاج الادمان على الكحول والعقاقير الاخرى بشكل عام ، يتطلب الاحاطة الكاملة بالحياة النفسية للمدمن وبجميع الظروف التي تحيط به والتي تؤثر في حياته . ولعل اهم ما في علاج المريض

المصاب بالادمان هو القضاء على اسباب القلق او التوتر او اليأس التي دفعت به الى الادمان ، وفي ايجاد وهدف في الحيـــاة يستطيعان ملأ الفراغ الذي خلقه التوقف عن الادمان . واذا تعذر ذلك فمن الاكيد ان المريض سيعود الى نوع او آخر من الادمان مهما كانت الوسيلة العلاجية المتبعة في ايقافه .

لقد استعملت في السنوات الاخيرة عـــدة مواد الغاية منها احداث رد فعل فسيولوجي في المدمن اذا تناولها مع المـــواد الكحولية ، وبالتالي تحدث هذه المواد ارتباطا شرطيا في نفس المريض عندما يهم بتناول الشراب . ويكفي هذا الارتباط لردع المريض عن الشرب. ومن هذه المواد مركب انتبيوز Antabuse ومركب (ابستم Abstem) والاخير اقل خطرا على الحياة من المركب الاول .

الادمان على العقاقير

الادمان على العقاقير ليس بالجديد في حياة الانسان، فاستعمال الافيون وغيره من المواد المشابهة قد انتشر في الماضي بشكل واسع وخـاصة في الصين وبعض البلدان الاسيوية ، كما عرفت وانتشرت بعض المواد المؤدية للادمان في امريكا الوسطى واللاتينية . ومع ان هنالك تناقصا عظيما في هذه البلدان لاستعمال هذه المواد وبالتالي في الادمان عليها ، الا ان هنالك تزايدا واضحا في حالات الادمان في العالم كله للعقاقير المركبة الجديدة ، ولعـــل ذلك يعود الى سهولة الحصول على بعض هذه العقاقير وتوفير الفرصة لاستعمالها لاغراض علاجية في مختلف الامراض الجسمية والنفسية . والعوامل المؤدية للأدمان لدواء او آخر تعود بالأصل الى استعداد الفرد للاستمرار في استعمال الدواء بشكل ادماني ، كما تعـــود الى عوامل اجتماعية وعائلية ، وهذه تقرر مدى امكانية الحصول على مـــادة الادمان ، وفرص استعمالها ، كما ان ذلك يتقرر بطبيعة الاعراض المرضية التي استوجبت استعمال نوع معين من الدواء في البداية . ومع ان معظم المدمنين على استعمال الادوية ينحصر ادمانهم في مـــادة معينة ، الا ان بعضهم قد يستعمل مادتين او اكثر في آن واحد او بالتتابع ، او بسبب تعذر الحصول على مـــادة

الادمان في وقت معين مما يضطره للجؤ الى مادة اخرى بذات المفعول . وهنالك من المدمنين من يستعمل المادة ومضادتها بالتوالي كمن يستعمل مركب النمبوتال للنوم او التهدئة ثم يستعمل مركب البنزدرين للايقاظ والتنشيط .

ان الادوية والعقاقير التي قد تؤدي في الحالة المناسبة الى الادمان كثيرة . ويمكن حصرها في خمس فئات تبعا لتأثيرها الفارماكولوجي . وهي كما يلي:

١ – الادمان على المسكنات للالم .

المورفين ، الهيروين ، البثدين ، الفايزبتون ، وغيرها من الادوية المركبة الاخرى المشابهة لها بالفعل . وجميع هذه المسكنات تحدث تعودا ، كما انها تؤدي الى الاعتماد الجسمي والعاطفي ، والامتناع عنها في المدمن يحدث اعراضا واضحة مما يعرف باعراض السحب او الايقاف . غير ان درجة الاعتماد وحدود التعود، وبالتالي اعراض الايقاف ، تختلف حدة وشدة بين مريض وآخر كما انها تختلف بين دواء وآخر . ومعظم هذه المواد تؤخذ في البداية للتغلب على أعراض الالم او في الادوار التالية لاجراء بعض العمليات الجراحية لفعاليتها العظيمة في ازالة الالم مع الشعور النفسي المجرد عن الهم والقريب الى الحلم . وهذا هو الذي يحمل بعض المرضى على طلب المزيد منها والاستمرار في استعمالها . ومع انه لم يثبت حتى الآن التفسير الواضح لتكون حالة الادمان لهذه المركبات ، الا ان هنالك نظرية قدمت لتعليل الادمان على المورفين تقول بان للمورفين عملين متضاربين ، الاول فعل منشط والثاني مسكن . وان الفعل المنشط يستمر مدة اطول من فعل التسكين ، وباستمرار استعمال المورفين بتجمع فعل التنشيط مما يتطلب المزيد من استعمال المورفين للحصول على فائدة التسكين ولحجب فعل التنشيط . ولهذا فان ايقاف المورفين فجأة يؤدي الى اطلاق فعل التنشيط .وهذا يفسر اعراض السحب او الايقاف ، كما يفسر الاعتماد الجسمي على الدواء . وهنالك نظرية اخرى تفسر الادمان للمركبات الافيونية على اساس من تكيف الخلايا . وهذه النظرية مبنية على الملاحظة بان اعراض منع الدواء هي في طبيعتها على عكس الاعراض التي

يحدثها الدواء في المدمن . ومع ان طبيعة المؤثرات التي تحدث التعود الجسمي والاحتمال لاستعمال هذه المواد غير معروفة تماما ، الا ان المعتقد ان هذه تقوم على اساس من التغيرات الكيمياوية في داخل خلايا الجهاز العصبي المركزي (للدماغ). ان علاج الادمان على هذه المركبات المسكنة متشعب الجوانب . وقد ادرك الاخصائيون ان حصر هذه الحالات في نطاق المعالجة الطبية قد افاد كثيرا في التقليل من حالات الادمان ففي انجلترا مثلا يمكن للمريض ان يرفض التخلي عن الادمان ويستطيع الحصول على المادة المعينة بارشاد الطبيب . وهذا الاتجاه يجعل المريض تحت المراقبة الطبية ويمنع المتاجرة السرية بالادوية المخدرة ، ويمنع المريض من التمادي في التدهور الخلقي الذي يحتم عليه الاستمرار في الادمان وفي نشر المتاجرة بالمخدرات .

٢ – **الادمان على المفرحات (المنشيات Euphoriants)** . هذه العقاقير متعددة في تركيبها الكيمياوي ولا تسبب جميعها الاعتماد التام . وهذه المركبات هي :

أ ـ الكوكاين . وهو يستعمل عادة مع احدى المواد الافيونية (المورفين او الهروين) . وتحدث هذه المادة حالة شديدة من النشوة والشعور بالقوة الجسمية والعقلية مع ازالة كل شعور بالتعب والجوع . ومفعول المادة لا يستمر اكثر من بضع دقائق ولا بد من اعادة تناولها للاحتفاظ بالشعور الذي تحدثه .

ب – البنزدرين ، والميثيدرين ، والريتالين وغيرها من مركبات الامفيتامين Amphetamine . وهي تؤخذ للاثارة والتنشيط والتنبيه . وكثيرا ما تؤخذ بعد المواد المنومة للتغلب على آثارها ، كما تؤخذ مع المواد الكحولية . ومع ان الاعتماد الكامل على استعمالها لا يتوفر كما هو الحال في المسكنات ، الا ان بعض المرضى يتناولون مقادير كبيرة قد تبلغ ٢٠٠٠ مغم في اليوم الواحد .

جـ ـ الحشيشة ـ الترياق . ليس هنالك ما يؤكد وجود الاعتماد الفيزيولوجي على هذه المواد . وهي بذلك لا تعتبر موادا للادمان مع انهـا تحدث في الذي يستعملها حالة من التعود النفسي الذي يصعب التخلي عنه .

٣ – الادمان على المنومات

الادمان على هذه المواد كثير الوقوع في البلدان الغربية بسبب انتشار عادة استعمال المنومات. ان كثرة حالات الكآبة ، بما يصاحبها من ارق، تحمل الاطباء على وصف هذه العقاقير بكثرة مما يفسح المجال لعدد كبير من المرضى على الادمان عليها . اما الادمان عليها في بلدان الشرق الاوسط فقليل نسبيا على انه في ازدياد بسبب التزايد المستمر في اللجوء الى المنومات في السنوات الاخيرة. على ان معظم الحالات ما زالت في حدود التعود ولم تصل بعد الى حدود الادمان . ان اكثر المركبات استعمالا للتنويم هي مركبات الباربيتوريتز Barbiturates واهمها النمبوتال Nembutal والسوديوم اميتال Sodium Amytal او المزيج منهما توينال Tuinal وقد تستعمل هـذه المواد بمقادير كبيرة للنوم وبمقادير مماثلة للتهدئة اثناء النهار . وفي علاج مثل هذه الحالات من الادمان يجب الانتبـاه الى امكانية حدوث حالات الصرع عند التوقف الفجائي عن تناولها. واستعمال هذه العلاجات على وجه العموم محفوف بالخطر لكثرة اللجوء الى هذه المركبات لاغراض انتحارية . وبالاضافة الى هذه العلاجات المنومة ، فان بعض المرضى يدمنون على غيرها مثل البارلدهايد Paraldehyde والكلورال هايدريت Chloralhydrate وبعض المركبات المهدئة التي تستعمل لاغراض النوم مثل الليبريوم والمبروباميت. وغيرها من المركبات التي لها ما لمركبات البارتيورتيز من فعل منوم .

٤ – الادمان على المهدئات (الليبريوم المبروباميت الفاليوم ..)

حالات الادمان الفعلي لهذه المركبات قليلة ، وليس هنالك من اعتماد جسمي على مفعولها كما هو الحال في الادمان الصحيح على ان بعض المرضى يكونون اعتمادا نفسيا على هذه المواد ، وباستمرار استعمالها يكونون نوعا من التحمل لتأثيرها مما يضطرهم للاكثار من استعمالها للحصول على نفس الاثر السابق . والملاحظ ان مركب الليبريوم فيه امكانية التعود اكثر من غيره من المركبات المهدئة .

٥ – **الادمان على المركبات المهلوسة** Hallucinogens . اهم هذه المركبات هي (المسكلين Mescaline) و (ل س د .Lsd) وهو اختصار للاسم الكيمياوي لايسرجك اسيدداي ايثلامايد). ومنها ايضا بعض مشتقات الاتروبين ومركب السرنيل Sernyl .ولعل اكثرها بروزا هي مادة الـ (ل س د) التي شاع استعمالها في السنوات الاخيرة في اميركا بشكل خاص لسهولة الحصول عليها ، ولما تحدثه في الذي يستعملها من تجارب نفسية وحسية جديدة عليه ولا عهد له بها حتى في الخيال . والمعروف ان هذه المركبات تحدث تجارب عقلية غير طبيعية وان نوع التجربة التي تحدثها في الفرد الواحد تعتمد على شخصيته وعلى الاتجاهات الكامنة في نفسيته. وبسبب هذه الفعالية لهذه المركبات فهي تستعمل لاغراض استطلاعية لدراسة الامكانيات النفسية الغير ظاهرة في حياة الشخص كما انها تستعمل في بعض الحالات كوسيلة كيمياوية للمساعدة على التحليل النفسي لما تظهره من التجارب اللاشعورية . وقد استعملت هذه المركبات لاغراض البحث بشكل واسع لما تلقيه من ضوء على الاسباب العضوية للامراض العقلية وخاصة مرض الشيزوفرينيا . الا ان هذه الابحاث لم تتوصل بعد الى نتيجة اكيدة في هذا الاتجاه . وفي السنوات الاخيرة اسيء استعمال هذه المواد على نطاق واسع لما تحدثه من الاحساسات الغريبة ، ولتوسيعها افق الوعي الى ما وراء الحدود المعروفة . وقد ادى ذلك الى ايقاف صنع بعض هذه المواد والى منع استعمالها في بعض الاقطار .

التعود على الادوية والعقاقير

ليس للتعود صفات الادمان الاساسية واهمها ، الاحتمال المتزايد للجرعة للحصول على نفس الاثر ، وليس للتعود ايضا ما للادمان من الاثار الفيزيولوجية عند ايقاف الدواء . ومع ذلك فان للتعود على علاج معين مهما كان نوعه صفة الاعتماد النفسي . وهنالك تفاوت بين دواء وآخر في قوة الاعتماد التي تحدث ، كما ان ذلك يعتمد على شخصية المريض، واكثر الشخصيات تثبيتا لمثل هذا التعود

هم اصحاب الشخصية القلقة والسايكوباثية والهستيرية . ويمكن اعتبار كل عادة لا يمكن التخلي عنها بسهولة، بما في ذلك التدخين نوعا من انواع التعود الذي يدل على درجة ما على الاستعداد للاضطراب النفسي .

علاج الادمان ــ القواعد الاساسية في معالجة الادان هي ما يلي : ــ

أ ــ تعذر معالجة الادمان الا في مستشفيات او مصحات خاصة تتوفر فيها الخبرة الفنية من طبية وتمريضية في علاج حالات الادمان . ويجب الحصول على موافقة المريض او المسؤولين عنه بالبقـــاء للمدة الكافية للوصول الى النتائج العلاجية المطلوبة .

٢ ــ لا يمكن الاعتماد على المريض او الثقة به في تطبيق العلاج . ولا يؤخذ وعده مأخذ الجد والاعتبار في تكوين هذه الثقة .

٣ ــ ضرورة متابعة العلاج بعد انتهاء الادمان بشكل يضمن للفرد الوسيلة المناسبة لملىء الفراغ الكبير الذي كان يملأه الادمان. والفشل في متابعة ذلك سيدفع به الى معاودة الادمان .

٤ ــ معالجة الحالة المرضية التي قد تكون قد دفعت بالمريض الى استعمال الدواء كالقلق والكآبة وغيرها من الامراض النفسية والعقلية والجسمية .

٥ ــ البحث الوافي في المشاكل الخاصة للمريض وفي علاقاته العاطفية والجنسية والاجتماعية واعادة بناء هذه العلاقات على اساس يباعد من امكانية الفشل والتوتر .

هذه القواعد العلاجية لا بد من تطبيقها في علاج كل حالة من حالات الادمان مهما كانت الوسيلة الدوائيـــة الفعلية التي تستعمل لذلك سواء كانت نفسية او عقاقيرية ، او تطبعية شرطية ، او اجتماعية .

الأمـراضُ النفسـيّـَة

القلق النفسي .

الافكار التسلطية الالزامية

الفزع (الفوبيا)

الهستيريا

الكآبة النفسية

النحول العصبي

الوسواس (الوهم) المرضي

الانهيار العصبي

القلق النفسي

القلق حالة من التحسس الذاتي يدركها المرء على شكل شعور من الضيق وعدم الارتياح ، مع توقع وشيك لحدوث الضرر او السوء . وهي حالة اشبه ما تكون في طبيعتها الشعورية وفي انفعالات الجسم المصاحبة لها بحالة الخوف . والفارق الوحيد بينهما ان للخوف مصدرا واضحا معلوما بالنسبة للخائف ، بينما مصدر القلق غير واضح او معلوم بالنسبة للذي يعانيه .

وشعور القلق تجربة نفسية تكاد تكون ، ان لم تكن بالفعل ، تجربة انسانية شاملة . ولا نعتقد بان اي فرد طبيعي تخطى مراحل الحياة المقررة لم يدرك ، ولو مرة واحدة ، احساسا غير طبيعي من الخوف الذي لا يتصل بموضوع او تجربة معينة . وهذا الشعور لم يتوفر في النفس عفوا ، بل ان وجوده بقدر ما ، ضرورة للتكامل النفسي ، وهو يخدم اغراضا هامة في حياة الانسان فردا او عائلة او مجتمعا . فتحسس الانسان بشيء من القلق ضرورة لازمة ؛ فهو يمكن الفرد من الانتباه للخطر قبل وقوعه فيبعده بمجابهته او تفاديه ، وهو يدفعه إلى الحرص على صحته ، باتقاء المرض ، والحرص على مستقبله بالعمل . والقلق هو الدافع الذي يدفع الفرد لتحمل المسؤولية العائلية ، وهو القوة التي تربط الافراد في مجتمع اوسع . وهكذا نجد ان القلق عاطفة عامة طبيعية وضرورية في حياة الانسان ، ويصعب علينا ان نتصور عالمنا وهو خال تماما من اي اثر للقلق . فلو امكن ذلك لعاش الفرد ليومه ، لا يتقيد بمسؤولية او طموح او هدف .

وفي الطفولة يخدم القلق عملية تكوين الشخصية ونموها وتطويرها حسب الحدود والقيم التي تضمن للطفل استمرار عاطفة الحب من اهله والرضا من المجتمع لتصرفاته . ذلك ان فقدانه لهاتين العاطفتين ، الحب والرضا ، يؤديان الى قيام حالة القلق . ويظل القلق بعد ذلك عاملا هاما في تطوير الشخصية وفي الابقاء على التوازن النفسي للفرد .

ان القلق النفسي كحالة من عدم الارتياح المصحوبة بتوقع الخطر توجد في الناس على درجات . والاختلاف بين الناس ، هو اختلاف في القدر لا في النوع . ثم ان هنالك تفاوتا بين قدرة الناس على تحمل قسطهم الطبيعي من القلق ، واختلافاً في الظروف التي تقلل او تزيد من قابليتهم على تحمله . وحدود القلق في معظم الناس تقع في حدود التحمل ، ولا تسبب في حيـاة الفرد اضطرابا محسوسا او ملموسا ، كما انها في هذا النطاق لا تستدعي الاهتمام الطبي . وقد يزيد القلق فجأة او بالتدريج عن الحدود التي يحملها الانسان في نفسه ، واثر هذه الزيادة على الفرد يختلف بين شخص وآخر ، وفي معظم الناس تؤدي الزيادة الى الشعور بحالة تشبه حالة الانذار تدفع الى المزيد من الحذر والتنبه والاحتياط في الامور التي تخص كيان الفرد او حدود مسؤوليته ، سواء كان ذلك في البيت او في مجال عمله وفي علاقاته الاجتماعية ، كما انهـــا بالتالي تؤدي الى زيادة فعاليته في درء الخطر الذي يشعر بانه يتهدده . وفي عملية زيادة القلق ، قد يصل الامر الى الحد الذي لا يتمكن فيه الفرد من الاستفادة منه ، فلا يقدر على توجيهه وجهة نافعة انتاجية ، وعندها يطغى القلق على توازنه النفسي ويؤثر في سلوكه وفي قابليته على تصريف حاجاته النفسية بهدوء ومرونة . وفي درجة اشد من القلق يفقد الانسان القدرة على القبض على ناصية نفسه ، ويفلت زمام التدبير منه ويصبح سلوكه مضطربا قلقا لتدخل القلق في النمط الاعتيادي لحياته ، وفي مثل هذه الحالة يسعى المريض للاستشارة الطبية وللعلاج من حالته .

نشوء القلق

متى يبدأ القلق في حياة الانسان ؟ وما هي اسباب وجوده بالاصل ؟ ومـا هي العوامل التي تساعد على اظهاره او زيادته او تغيير صورته الى حالة اخرى ؟ كلها اسئلة ما زال الجواب عليهـــا في حيز النظريات او حدود التخمين . هذا ويمكن ايراد جميع النظريات التي سبق بيانها في تسبب الامراض النفسية بشكل عام لتفسير حالات القلق النفسي بشكل خاص . وفيما يلي ايجاز لبعض اوجه

النظر فيما يخص منشأ القلق وتطوره الى حالة من المرض النفسي : -

(١) - نظرية ترى ان القلق في الاصل متصل بالخوف ومتفرع منه عن طريق عمليات متعاقبة من الربط . وتنتهي هذه العمليات بنسيان المصدر الاولي الذي أثار الخوف ، ويظل الشعور به مع غموض مصدره ، وهـذا الشعور مساوي لحالة القلق . وهذه النظرية اقرب ما تكون لنظرية بافلوف الشرطية . ولا يعلم بالتأكيد الزمن الذي يبدأ فيه الخوف في حياة الطفل ، على انه يوجد حتما منذ الاسابيع الاولى في الحياة كخوف من السقوط من علوٍ وخوف من الصوت العالي ، كما تدل على ذلك ردود الاطفال في مثل هاتين الحالتين .

(٢) - نظرية فرويد في منشأ القلق. وهي تفيد بان طبيعة الانسان قد هيأت له امكانية كبت التجارب النفسية المؤلمة. وعملية الكبت هذه ، في نظر فرويد ، اكثر ما تكون في سنوات الطفولة . وقد اكد فرويد على ان المواد المكبوتة هي عادة الرغبات الجنسية الفاشلة في حياة الطفل لتعارضها مع القيود التي تمنع تحقيقها . والهدف من عملية الكبت هذه ، هو تبديد القلق الناتج عن بقاء الرغبة والمانع لها في الوعي . ويرى فرويد ان القلق هو خوف داخلي ، وان احساس الفرد به ما هو الا اشارةً او انذاراً للنفس ، بان تجربة ما مكبوتة وغير واعية قد اصبحت مهيـــأة للظهور الى حيز الوعي ، مهددة بذلك التكامل النفسي للفرد . ووظيفة القلق الناشىء بسبب هذا الانذار هو عين وظيفة الخوف وهو التهيوء للخطر باعداد النفس لمقاومة الحالة الطارئة من التهديد والخطر .

وبالنظر لما لاقاه فرويد من معارضة بسبب تأكيده على الحياة الجنسية في الطفولة كمحور لنشوء القلق ، فقد عدل نظريته السابقة (سنة ١٨٩٤) ، وجاء بنظرية ثانية بعد ذلك بثلاثين سنة . وفي هذه النظرية يرى فرويد ان القلق هو اشارة او انذار لتجنب حالة تهدد النفس بالخطر مهما كان مصدر هذا الخطر . ومع هذا التعديل فقد ظل فرويد واتباعه يعلقون اهمية كبرى على الحياة الجنسية في الطفولة ، في التحليل النفسي والعلاج النفسي على حد سواء .

٣ – نظرية الصراع النفسي . وتفيد بان القلق هو النتيجة الطبيعية المنتظرة عند التعارض بين قوتين عاطفيتين . وهذا التعارض تجربة اساسية في الحياة الانسانية ، ولا بد من قيام هذا التعارض بسبب نمو الانسان والضرورة في ان يأخذ بعين الاعتبار النظم والمقاييس المرعية في مجتمعه . وهذا يؤدي الى قيام صراع بين الدوافع الاساسية والغريزية في حياته وحاجته لارضائها، وبين المقاييس الاجتماعية والمثل الفردية التي اعتنقها واكتسبها بالتجربة والثقافة والتعليم . وهذه النظرية وان كانت في بعض محتوياتها تشبه نظرية فرويد ، الا انها لا تصر على الدوافع الجنسية كمحور اساس لنشوء القلق ، وتفتح الباب في الصراع النفسي ، ليس للرغبات اللا واعية فقط ، وانما للرغبات التي يعيها الانسان ايضا . ومن رأي « مانِنجر Menninger » ، ان الصراع يَقوم بين احدى قوتين دافعتين اساسيتين في الانسان زود بهما عند الولادة : الاولى قوة التعدي ، والثانية القوة الجنسية . الاولى مؤذية محطمة في طبيعتها ، والثانية بناءة تدفع نحو الحب . وفي الطفولة يتعلم الطفل بالتهديد والتعليم ان يقيد من سلوكه، وبالتدريج يتمثل في نفسه القوى الرادعة التي كانت تقيده من الخارج، وتكون هذه المثل بمثابة الضمير له . وعندما تنضج الشخصية ، فان عجز الفرد عن كبح جماح قوة التعدي في نفسه يصاحبه دائما الشعور بالقلق. والقلق في هذه الحالة يكون اشارة لوجود اضطراب في داخل الشخصية . فالدافع للتعدي يعمل وكأنه خطر يهدد امن وسلامة الشخصية . ذلك لان التجربة قد اعطت الفرد العلم المسبق بان هذا النوع من التهديد لسلامة النفس وتوازنها يأتي من الداخل (اي من داخل الكيان النفسي للفرد) . غير ان الامر يصبح اكثر تعقيدا عندما يكون هنالك بالاضافة الى التهديد الداخلي تهديداً خارجي المصدر يشعر به الفرد كخطر عليه . وقد يكون من الصعب ، ولعله من الصعب حقا ، ان نتمكن في كل حالة من القلق من التفريق بين المصدر الداخلي للقلق ، وبين ما هو مصدر خارجي له ، فقد يتوفر المصدران في آن واحد ، وقد يثير الواحد منهما وجود الآخر ويزيد الشعور بخطره. وقد يتبين بالبحث والاستقصاء، ان ما اعتبر خطرا خارجيا ما هو بالحقيقة

الا صورة للخطر الداخلي الكامن في النفس ودليلا رمزيا على وجوده هناك .

ومثل نظريات فرويد ومنجر نظريات مقاربة لها وهي كثيرة ، فمنها نظرية الكسندر « Alexander » التي يقول فيها ان القلق متعلق بشكل وثيق بعملية كبت دافع التعدي في النفس . وهو يجد بالدافع للتعدي، الاساس الذي ينشأ منه كل مرض نفسي . ولما كانت هذه الدوافع للتعدي يجب ان تقيد بالكبت فان التهديد بفك هذا القيد يؤدي حتما الى القلق في نظره .

وهنالك نظرية اخرى ترى ان القلق يتسبب عن توفر احد حالتين ، الحالة الاولى ، الخوف من الأذى ، والثانية الخوف من فقدان الحب . وفي وقت لاحق من نمـو الفرد تتفرع اسباب اخرى عن هذين السببين الاساسين ويستطيـع كل سبب من هذه الاسباب الفرعية ان يثير حالة من القلق ايضا .

ومن النظريات المتطرفة في منشأ القلق ، نظرية جاء بها بعض اتباع فرويد وفيها يؤكدون على اهمية عملية الولادة، اثناء نزول الطفل وحتى ظهوره. ويرون ان هذه التجربة الولادية هي الاساس لانفعالات القلق في المستقبل . وحجتهم في ذلك ان الانفعالات الفيزيولوجية التي تحدث اثناء الولادة ، هي عين الانفعالات الفيزيولوجية التي تصاحب حالة القلق في سن اكبر . ومن السهل رد هذه النظرية ذلك ان القلق يصيب الذين يولدون ولادةطبيعية والذين يولدون عن طريق اجراء عملية القيصرية . ثم ان ليس هنالك من دليل على ان الذين يأتون الى الدنيا بولادة صعبة (كالاولاد البكر عادة) هم اكثر اصابة بالقلق من غيرهم . وتفيد نظرية اخرى في هذا الشأن ان الايام والاسابيع الاولى من حيـــاة الطفل ذات اهمية كبرى في تكوين القلق . وعلى كل حال فانه يتعذر على الباحث تقصي واستقراء تجارب الطفل في هذا الدور المبكر من حيـــاته . ولهذا تظل هذه النظرية وسابقتها ضمن الحدود الاكاديمية ، الى ان يأتي الوقت الذي نتمكن فيه منقياس تجربة الطفل وانفعالاته في هذا الوقت من حياته .

(٣) — نظرية القلق والارهاق . والواقع ان الربط بين القلق والارهاق ليس

بنظرية بقدر ما هو مبدأ من المبادىء المسلم بها في مفهوم علم النفس في عصرنا الحاضر . فحياتنا النفسية وتصرفاتنا في الظروف الطبيعية ما هي الا تعبير عن التوازن بين امكانياتنا على تحمل التجارب التي نمر بها وبين قوة ووطأة هذه التجارب . ولكل واحد منا قدرة معينة، اقرب ما تكون للمناعة، على تحمل الارهاق والشدة في حياتنا . وما زاد عن هذا الحد فهو كفيل بالاخلال بهذا التوازن، سواء كان بالقدر الذي يستطيع الانسان التكيف معه، او الى الحد الذي يؤدي الى الانهيار، بسبب استنزاف جميع الطاقات الممكن للفرد الاستعانة بها في عملية التحمل او التكيف . والواقع انه من الممكن اصابة اي فرد بانهيار مناعته النفسية فيما اذا توفر الارهاق الكافي الذي نخضعه اليه. ومن البديهي ان اثر الارهاق في احداث القلق يتناسب مع درجة الارهاق ، على انه يعتمد على عوامل اخرى ذات اثر كبير في تهيأة الفرد لذلك ، كالوراثة والتجارب النفسية والجسمية السابقة، والحالة الجسمية للفرد في مجالات غذائية وكيمياوية وهرمونية وعضوية واسعة . وبهذا يكون القلق نتيجة لتفاعل اسباب الارهاق من داخل او خارج الفرد، وبكليته، وحتى اللحظة التي يصاب بها بالقلق. وفي تقرير اهمية هذه الاسباب يتوجب علينا ان نلم بقدر الامكان بجميع العوامل المهيأة والعوامل المرسبة للقلق من قديمة وآنية . وفي حصر هذه العوامل نجد بانها متعددة وتعمل عملها لا بالاضافة كالجمع الحسابي، وانما ايضا بالتفاعل بين عامل وآخر. والذي نراه في الكثير من حالات القلق انها قد تبدأ بدون حدوث اي تجربة جديدة او ارهاق في حياة المريض ، وهذا يدل ان التهيأة لحدوث القلق قد وصلت الى حد الاكتمال والنضوج بشكل تدريجي غير ملاحظ وبحيث لا تحتاج الى عامل مرسب. ثم ان هنالك بعض الحالات من القلق التي تبدأ بسبب حادث او تجربة بسيطة مر بمثلها المريض في السابق وبما هو اشد واقسى بدون ان يثير ذلك اي شعور بالقلق . ويرد هذا التفاوت في الحالتين الى ان التجربة البسيطة ظاهريا اصبحت الآن بالقدر الذي يحتاجه الانسان لاكتمال الضغط والارهاق اللازمين لاحداث حالة القلق . وعلى هذا فتكون التجربة الاخيرة ذات قيمة عرضية ولا

قيمة خاصة لها . ولعل من الخطأ ان نغفل التقيم النسبي للعوامل المختلفة في الحالة الواحدة من حالات القلق وان نتجه الى تفسير القلق على اساس من التعميات النظرية كان نقول ان الوراثة اهم من المحيط وبالعكس ، او انه الكبت او الحرمان او الفشل او غير ذلك ، مما يصعب ربطه بالواقع المرضي بشكل عملي . ومع كثرة النظريات في القلق التي تكاد تتعدد كعدد الباحثين فيها ، فان النظرية الاخيرة التي اوردناها هي اقرب تفسيرا للدافع العملي للامراض النفسية واكثرها طوعا للبحث العلمي . وهي اليوم اكثر النظريات قبولا في الاوساط الطبية لانها تأخذ بعين الاعتبار جميع العوامل الممكنة في تسبيب الحالة المرضية .

مصادر القلق

اوردنا في مقدمة هذ الفصل ان مصدر القلق غير واضح او معلوم بالنسبة للمريض . وفي الحالات الكثيرة التي يظهر فيها ارتباط وثيق بين تجربة معينة او حادث معين وبين قيام حالة القلق ،فان امعان النظر يظهر بان هذا الارتباط ظاهري ،وان تفاعلا اعمق من ذلك يكمن وراءه . وقد بينا اثر تجربة الخوف في حياة الطفل واثر الصراع بين الدوافع والقيود واهمية الكبت في نشوء القلق وتطوره .

ان القلق في الطفولة والحداثة اكثر بساطة في الصورة منه في الكبر . والانفعال الناتج عنه كانفعال الخوف . ثم ان ارتباط القلق في هذا السن بالمصدر هو اكثر وضوحا منه فيما بعد . كل ذلك بسبب تحدّد التجارب التي تقع للطفل، وبسبب خلو تجربته من الانفعالات العاطفية السابقة . وبهذا يأتي الانفعال محدودا ومباشرا ومبسطا . وبعملية النمو ، فان التجارب تزيد ، والانفعالات العاطفية السابقة تترك اثرها في كيان الشخصية . ولهذا يصعب ربط القلق في الكبر بتجربة معينة ، ثم ان الانفعال الذي يحدث يصبح اكثر تعقيدا بسبب تأثير الانفعالات العاطفية السابقة فيه فهو يستنفر ويستغل جميع هذه الانفعالات السابقة . وعلى ذلك فكلما كانت حياة المريض مليئة بالتجارب ، وكلما كان واسع التجربة بالانفعالات العاطفية ، كلما صعب تعين المصدر الحقيقي لقلقه .

وبعكس ذلك فكلما اقترب الفرد الى حدود الحياة البدائية ، وهي اقرب ما تكون لحياة الطفولة ، كلما قلت تجربته ، وجاءت انفعالاته على وتيرة واحدة وصور مبسطة وسهل اقرانها وربطها بالمصدر الذي يثيرها .

مصادر القلق في الاطفال :

فيما يلي المصادر الهامة للقلق في حياة الطفل ، ومن امعان النظر في هذه المصادر نجد ان تجربة القلق في الطفولة تضع الاساس لهذه التجربة في المستقبل . ولهذا تسمى مصادر القلق في الطفولة بالمصادر الاولية او البدائية او الاساسية . وما بعد هذه الفترة من الحياة بالمصادر الثانوية .

(١) العجز . فالطفل يولد عاجزا لا حول له الا ما يحظي به من اهتمام ورعاية والديه . وفترة النمر للاعتماد الذاتي على النفس طويلة في الانسان ، ولهذا فان تجارب الطفل في مجابهة الظروف والاحوال التي تشعره بالوحدة والعجز والحاجة للغير كثيرة العدد طويلة الامد . وهذه التجارب هي اكثر المصادر واهمها اثرا في تكوين شخصيته . ثم ان انفعالات الطفل عندما يجد نفسه عاجزا عن مجابهة موقف صعب في حياته ، قد تضع الاساس الذي تبنى عليه انفعالاته في الكبر ، عندما يتعرض الى موقف مماثل او مشابه يشعره بالعجز والقصور . ولذا كان في تعريض الطفل الى الظروف التي تشعره بالعجز ما يؤدي الى بداية بوادر القلق في حياته النفسية ،فان الزيادة الغير طبيعية من رعاية ورقابة والمحافظة عليه من كل تعرض ، امور تحرم الطفل من امكانية التعود على مجابهة المواقف الصعبة . وهذا الحرمان يجعله اكثر تعرضا وتهيأة في المستقبل للوقوع في القلق عند مجابهته حتى للظروف والمواقف الاعتيادية في الحياة .

(٢) ــ الفراق . وخاصة فراق الطفل عن والديه . وكلما تمكنت الصلة بين الطفل ووالديه ومحيطه ، كلما كان رد الفعل اشد واطول عند تفريقه عنهما . والكثير من حالات القلق تبدأ بسبب تجربة مؤلمة من الفراق في حياة الطفل ، ويتضح ذلك من كثرة حالات القلق في الاطفال الذين يرسلون الى دور الحصانة

وروضات الاطفال والمدارس الداخلية . هذا واثر فعل الفراق في الاطفال وحتى في الكبار يتناسب مع درجة التواكل والاعتماد العاطفي الذي يحمله بالنسبة لاهله ومحيطه . فكلما زاد هذا التواكل كلما كان اثر الفراق شديدا .

(٣) ـ الحرمان والغيرة ، بحدودهما العاطفية والمادية . فلكل طفل حاجات معينة من الرغبة العاطفية والمادية لا بد من ارضائها . وتزيد هذه الحاجات عندما يقارن الطفل نفسه بغيره من الاطفال ، باخوته او بمن هم ابعد قرابة من ذلك . وللاطفال قابلية التحمل لتجربة واحدة او اكثر من الحرمان ، على ان تكرار الظروف التي تشعر الطفل بانه ليس كغيره حظا ، وانه محروم من العطف ومن استجابة الرغبات ، فذلك يؤدي الى الشعور بعدم الاطمئنان ، وكثيرا مـــا يكون ذلك مقرونا بالشعور بالغيظ والحنق على الذي ولـّد شعور الحرمان في نفسه . ومثل الحرمان كمصدر للقلق ، نجد ان الغيرة في الطفل تكون مصدرا مماثلا، سواء كانت من احد والديه لاستئثاره بحب الآخر (عقدة او ديب والكترا) او من احد اخوته . وكثيرا ما يؤدي اهتمام الابوين بمولود جديد ، او ايثار ولد على آخر لاسباب معينة ، الى اظهار انفعال القلق في بعض الاطفال مصحوبا باعراض جسمية كالحركات اللاارادية واللعثمة في النطق والتبول واضطراب السلوك . الى غير ذلك من الاضطرابات .

(٤) ـ الفشل ـ يحصر اصحاب المدرسة التحليلية الفشل بتلك الدوافـــع الجنسية او الغرائز التي لم تتحقق لاصطدامها بالقيود الاجتماعية ، او انها تحققت بسبب هذه القيود ولكن بشكل منحرف . ولكن الفشل يجب ان يؤخذ بشكل اوسع من ذلك ، ليشمل تلك الحالات التي يفشل فيها الطفل في الحصول على اي حاجة ملحة في نفسه بما في ذلك الفشل في الحصول على رضاء من هم اكبر منه . والفشل كغيره من مصادر القلق في الطفولة يعتمد في اثره على عوامل متعددة تعود الى شخصية الطفل من ناحية والى المدى الذي تتوفر فيـــه مصادر القلق الاخرى في حياته .

(٥) ـ الايحاء ـ والطفل سريع الايحاء، وقابليته كبيرة على التحسس بالمواقف التي تنم عن القلق وعدم الارتياح وخاصة في محيطه البيتي. ومع ان هذه القابلية تعتمد الى حد بعيد على الاستعداد التكويني للطفل ـ وللوراثة اهمية في هذا الاستعداد ـ الا ان الجو الذي يعيشه الطفل في مرحلة الطفولة يوثر الى حد بعيد في تطوير هذا الاستعداد. والذي يلاحظ في بعض الاطفال الذين يشكون اعراض القلق، ان احد والديهم او من يقيم معهم من اقاربهم مصاب بمرض نفسي او جسمي مزمن. وهذا يترك انطباعا يوحي للطفل بالخطر الذي يتهدد من يحب ويعتمد عليه وبالتالي يتهدده هو. ذلك ان الطفل لا يدرك الحدود الفاصلة في عملية انتقال المرض، وهو بذلك يعّرف نفسه بوالديه، لا نفسيا فقط وانما في الامور البايولوجية ايضا. ومن البديهي لهذه الاسباب ضرورة عزل الطفل عن الظروف التي يمكن ان تترك انطباعا مرضيا في ذهنه والابقاء على هذه الظروف خارج نطاق تجربته.

(٦) ـ التهديد بالخطر. ان جميع المصادر السابقة من عجز ووحدة وفراق وحرمان وغيرة وفشل وايحاء كلها عوامل مهددة لكيان الطفل ومنذرة بالخطر والضرر له. وكلها عوامل نفسية المنشأ تعتمد على الادراك والتحسس الذهني. ويضاف الى هذه المصادر النفسية المهددة بالخطر، مصادر اخرى مادية لها نفس الاثر. وهذه المصادر المادية قد تأتي من الخارج او من داخل الجسم. فالمصادر الخارجية هي كل ما يوقع الالم في الطفل مثل العمليات الجراحية وشبه الجراحية كالتطعيم والحقن والحمى ورؤية الدم والموتى وغير ذلك من الاحساسات المادية. امـــا المصادر الداخلية في الجسم فهي الشعور بالعطش والجوع والام المرض. وكل هذه العوامل لها صفة التهديد في حياة الطفل. وتكرارها في هذه المرحلة من حياته يكوّن حالة مستمرة من انفعال الخوف والقلق.

٧ ـ التهديد بالايذاء، كعقاب الوالدين للاخطاء التي يقوم بها الطفل وخاصة اذا كان لهذه الاخطاء طبيعة جنسية، مما يجبر الطفل على كبت هذه الرغبات او تحويلها في طريق شاذة. وفي الحالتين يصبح الطفل عرضة للقلق، اما خوفا من

العقاب، واما تخوفا من الضرر لاعضائه الجنسية (عقدة الخصي Castration Complex)، كما يرى ذلك اصحاب المدرسة التحليلية . واذا كان الطفل عرضة للقلق بسبب التخوف من الايذاء او العقاب الجسمي فهو ايضا عرضة للقلق بسبب اي ايذاء او تهديد بالايذاء يقع على والديه او المقربين له . وهنالك حالات كثيرة من القلق عند الاطفال التي تتولد على اثر تعرض احد والديهم او اخواتهم لحادث او اجراء جراحي او في حالة المرض . هذه هي بعض التجارب الهامة في حياة الطفل . ولما كان عالم الطفل صغيرا فان اي واحد منها قد يملأ عالمه ويستحوذ على فكرة ويشغل خياله . وقد يحدث في حياة بعض الاطفال ان تتكرر التجربة او تستمر قائمة على نمط لا يتغير لا يعرف الطفل غيره . وكثيرا ما يشترك مصدر او اكثر من مصادر التجربة المولدة للقلق في آن واحد او تتداول عليه الواحدة بعد الاخرى، وبمرور الوقت قد تولد التجربة الواحدة في نفسه من الانفعال ما كانت تولده الاخرى بسبب اشتراكها في الزمن وتشابهها في الظروف . وبمرور الزمن تزداد تجارب الطفل النامي وتتشعب مصادرها من المصادر الاساسية التي سبق ذكرها . ويصل ذلك الى الحد الذي يصعب فيه رد الانفعال الى تجربة معينة وحصره بها . ذلك ان كل تجربة جديدة تعتمد على تجارب سابقة متعددة ومتشعبة، وبهذا يأتي الانفعال الجديد متأثرا بما اتصل به من انفعالات سابقة . وبسبب ذلك يتعذر علينا في الكبر الحصول على رد فعل صاف كالذي يحدث في صغار الاطفال .

مصادر القلق في الكبار

مصادر القلق في الكبار ليست مفردة او بسيطة او واضحة كما هو الحال في مصادر القلق في الاطفال . وهي على العموم مصادر متعددة مركبة من مصادر كثيرة وردت اثناء عملية النمو النفسي، ولهذا السبب سميت مصادر القلق في الكبار بالمصادر الثانوية او المصادر المركبة للقلق، واذا حللت هذه المصادر الى اصولها وجدنا انها ترد في الاساس الى عين المصادر التى ادت الى القلق في سن الطفولة .

ويمكن إعادة عوامل القلق في الكبار الى المصادر التالية : ـ

١ـ الحالات او الظروف التي تهدد سلامة الفرد او سلامة من اتصل بهم بصلة نفسية كافراد عائلته .

٢ ـ الحالات والظروف التي تحمل الفرد مسؤولية لم يتعودها، او تزيد من مسؤوليته الاعتيادية بشكل مفاجيء .

٣ ـ الحالات والظروف التي قد ينجم عنها شعور الفرد بالنقص وتقلل من تقديره لنفسه واحترامه لها .

وكل مصدر من هذه المصادر الثانوية يمكن رده الى مجموعة من المصادر البدائية. كما يمكن اثارته من العديد من التجارب الفردية من جسمية او عقلية ، خارجية او داخلية . ويتعذر في الكثير من الحالات ادراك هذه التجارب ، او انها قد تبدو طفيفة بحيث لا تفسر ما احدثته من انفعال . وهذا ما يلاحظ بالفعل في معظم حالات القلق في الكبار ، فتظهر الحالة وكأن لا سبب لها ، او ان سببها الظاهري عديم الاهمية في نطاق التجربة الانسانية.

ويصعب اعطاء الاهمية والاولوية لاي من هذه المصادر الثلاث فاهميتها خاصة بالنسبة لكل فرد تبعا لنمو شخصيته وتفاعل هذا النمو مع التجارب العديدة التي مر بها . ولعل اهم هذه التجارب هي التي تزيد في الاتصال الاجتماعي للفرد، وبالتالي تفرض عليه التحسس بالمسؤولية في المجتمع . وبهذا تكون عملية النمو والنضوج في الشخصية عملية تطور من الفردية المتواكلة في الطفولة الى شخصية اجتماعية مسؤولة في الكبر . وكثيرا ما يبدو سلوك الفرد وكأنه نتيجة لفشل المرء في عملية التطور الطبيعي من دور الى دور ، او انه صراع بين الاتجاهات الطفولية للفردية والتواكل ، وبين متطلبات الشخص النامي من تحسس بالمسؤولية الاجتماعية . ولهذا نجد الكثير من حالات القلق وهي تنم اما عن عجز المريض على التخلي عن مظاهره السلوكية الطفولية التي تعيش على الارضاء السلبي للرغبات، واما عن عجزه على اقـــامة كيان نفسي يقدر على السعي لهذا الارضاء بشكل

ايجابي ضمن اطار المسؤولية الاجتماعية . ويكون القلق عندئذ اشارة او دليلا على هذا العجز او انذارا لكشفه للملأ . ومن اجل ذلك نرى ازدياد ظهور القلق واشتداده في الحالات التي تمتحن بها قوة الانسان على مجابهة المسؤولية امام الناس.

كيف يبدأ القلق ؟

قد يبدأ القلق بشكل مفاجىء ويرتبط ظاهريا بحادث او تجربة معينة يأتي بسببها ، ويكون المريض واعيا في نفسه هذا الارتباط . وقد يأتي بشكل تدريجي وبعد مرور فترة متفاوتة الطول من الزمن وعلى اثر حادث معين ايضا. وبسبب مرور الزمن قد لا يفطن المريض لهذا الارتباط. وكما يمكن ابتداء القلق فجأة او تدريجيا على اثر عوامل معينة ، فقد يأتي في الكثير من الاحيان بشكل تلقائي لا وضوح لأي ارتباط سببي معين فيه ، سواء ادركه المريض في تجربته ، او امكن استعادته بتحليل عوامل المرض في حياته . والذي يلاحظ في مرض القلق ، هو ان الاطفال واولئك الذين لم يتلقوا حداً من الثقافة او التطور الاجتماعي ، يأتي انفعال القلق فيهم على اثر تجربة مثيرة لمصادر القلق في نفوسهم ، وتكون هذه التجربة والانفعال الذي تثيره متقاربتين في الزمن . اما اولئك الذين اصابوا حظا اوسع من الثقافة وزادت تجربتهم في مجالات الحياة الاجتماعية المعقدة ، فان حالة القلق فيهم تأتي وكأنها غير مقترنة او مرتبطة بتجربة معينة . واذا ارتبطت فارتباطها ما هو الا الحلقة الاخيرة في سلسلة طويلة من الارتباطات السابقة . هذا وليس هنالك علاقة ثابتة بين شدة القلق من ناحية وبين قوة المسبب الظاهري له . فقد يكون السبب هائلا وانفعال القلق قليلا والعكس بالعكس . ومن الملاحظات التي نقع عليها بكثرة في مرض القلق ، ان السبب المرسب للقلق قد يسبق الحالة المرضية بمدة قد تطول اياما واسابيع واشهرا . فكثيرا ما تقع حادثة وفاة في عائلة دون ان تؤدي الى انفعال آني او سريع في احد افراد العائلة ، على ان الحادث قد يفعل فعله في النفس بشكل غير ملحوظ ، فاذا بلغ هذا الفعل مقدارا معينا ظهر على صورة من صور القلق

الكثيرة . ومن الصعب تفسير هذا الابطاء في ظهور فعل الصدمة في بعض الحالات ، وقد يرد ذلك الى قاعدة التفاعل النفسي في ان الانفعال يحدث اذا كانت جميع عوامل التهيأة متوفرة . وقد لا تكون هذه العوامل متوفرة كلها عند حدوث الصدمة وانما بعد ذلك بزمن قصير او طويل ، واذ كانت التجارب النفسية او الجسمية ذات قوة شديدة ، فقد تؤدي في الحالين الى ابتداء القلق . وكثيرا ما نجد ان حالات القلق النفسي تبدأ بعد تعرض الفرد الى تجربة مادية او عضوية لا علاقة للامور النفسية فيها . وأثر هذه العوامل المادية او العضوية يؤدي الى اضعاف المناعة النفسية للفرد والى استنفاذ جميع مصادر المقاومة وبالتالي لانهيار هذه المقاومة وترسيب حالة القلق . ومن هذه العوامل العضوية الاصابة بالحميات حتى البسيطة منها كحالة الرشح ، وبعد العمليات الجراحية ، وفي الحمل او بعد الولادة ، او بسبب التغييرات الهرمونية القصيرة الامد كما يحدث في وقت الحيض الشهري فتصاب بعض النساء بحالة من القلق والاحتصار (Premenstrual Tension) ، او عند زيادة افرازات بعض الغدد الصماء كالغدد الدرقية التي يصاحبها عادة شعور بالقلق يزيد بدوره في افرازاتها وهكذا . . ويضاف الى ذلك اية حالة مرضية مهما كان مصدرها او طبيعتها قد تؤدي الى النحول الجسمي للفرد الى حد يصبح فيه دون المستوى اللازم للمقاومة . وكثيرا ما يأتي ذلك عقب محاولة بسيطة من انزال الوزن بالحمية او حتى الصيام في بعض الافراد . كل هذه العوامل تدلل على الارتباط الوثيق بين الامكانيات الجسمية للفرد وبين امكانياته النفسية كما تدلل على ان الاخلال بهذا الارتباط من جانب او جانب آخر قد يؤدي الى انهيار الفرد في الناحية الاخرى او بانهياره بكليته.

اعراض القلق النفسي

هنالك من يعتبر القلق بانه العملية النفسية الرئيسية التي تكمن وراء جميع الانفعالات والامراض النفسية وانه المصدر الاول لكل اضطراب نفسي .وبهذا تكون جميع الاعراض النفسية الواردة في جميع هذه الانفعالات والامراض في

نظر اصحاب هذا الرأي ، مظهرا من مظاهر القلق وتعبيرا مباشرا او غير مباشر عن وجوده في نفسية المريض . ومهما تكن صحة هذا الرأي ، فمما لا شك فية ان اعراض القلق هي اكثر الاعراض المرضية ورودا في الطب النفسي ، وهي تتمثل بدرجة ما وبشكل ما في جميع الاضطرابات النفسية مهما كانت تسميتها ، من كآبة او فزع او نحول عصبي او غيرها من الامراض النفسية .

ان اعراض القلق تختلف في حدود واسعة من حيث طبيعتها ودرجاتها . فهي اما جسمية او نفسية او مزيجا منهما . وقد تأتي حالة القلق بشكل حاد او شبه حاد ، او تظهر بدرجة بسيطة. وقد تأتي الحالة على نوبات ، وقد تميل الى الازمان . وليس هنالك من حد لامكانية ظهور الاعراض المرضية من نفسية او جسمية فكل صفة نفسية ، وكل وظيفة لاي عضو جسمي قد تكون موطن شكوى من المريض .والمرضى بالقلق النفسي يقدمون اعراضهم المرضية باشكال ومجموعات مختلفة ، وقد يختلف التأكيد على العارض الواحد او الآخر ، ومن عضو الى آخر ، وقد يأتي وقت يكون فيه المريض قد شمل في تركيز اهتمامه كل عارض مرضي ممكن . وسواء اقتصرت الحالة المرضية على عارض مرضي واحد كالأرق او الخفقان ، وسواء تعددت الاعراض وشملت وظائف اعضاء كثيرة ، فان جميع هذه الحالات من القلق تتميز بشعور مشترك يجمع بينها ، وهذا الشعور هو تحسس المريض بعدم الارتيـاح والتوتر والتوقع لحدوث الخطر او الضرر على النفس من مصدر ما وبشكل ما . ومع ان الكثيرين من المرضى يحاولون تبديد هذا الشعور ، او ينكرون وجوده ، الا ان استدراجهم في الحديث يدلل على توفره في نفوسهم . ولعل اقصر طريق للتوصل الى هذا الاقرار ، هو في سوءآلهم عن الشيء الذي سيحدث لهم فيما لو استمرت اعراض المرض . ويكون الجواب على ذلك في معظم الحـــالات بالافصاح عن مخاوفهم من النتيجة السيئة التي قد يؤدي اليها المرض ، من موت او شلل او انتحار او فقدان الذاكرة او الجنون او فقدان السيطرة على التصرف والسلوك او غير ذلك .

وتسهيلا لادراك حالات القلق النفسي المرضية نجد ان من المناسب تقسيمها

الى ثلاث فئات لاقتراب هذه الاقسام من الاشكال المرضية السريرية التي يشكو منها المرضى في مرض القلق وهي : -

١ ـ نوبات القلق الحـــادة ـ (حالات الهلع) Acute Anxiety Attacts (Panic States)

٢ ـ انفعالات القلق

٣ ـ الحالات المرضية المختلفة التي يرد فيها القلق كعارض هام .

(١) – نوبات القلق الحادة (Acute Anxiety)

تظهر نوبات القلق الحادة في مرض القلق النفسي كما قد تظهر في الامراض النفسية الاخرى وخاصة في مرض النوبيا ومرض الافكار التسلطية . والاعراض التي تتصف بها هذه الحالة واحدة في جميع هذه الحالات . وقد يبدأ مرض القلق النفسي اول مـــا يبدأ بنوبة حادة من القلق تأتي على اثر التعرض الى ازمة او تجربة نفسية او بسبب احساس جسمي غريب وجديد على الفرد . وقد تأتي النوبة الحادة مرة او اكثر اثناء مرض القلق . والقاعدة هي ان النوبة تعاود المريض بين الحين والآخر كلما توفرت الظروف المماثلة لتلك التي ادت الى حدوث النوبة الاولى . والخصائص الهامة لنوبة القلق الحـــادة هي السرعة التي تبدأ وتتطور فيها اعراضها وكأنهـــا بذلك كالعاصفة او هكذا تبدو بالنسبة للمريض ومن حوله . وبسبب هذه الحدة فكثيرا ما يختلط الامر على المريض واهله وحتى على الطبيب مما يؤدي الى التخوف من حدوث عارض جسمي خطير كالذبحة القلبية او نوبة الربو او غيرها من الامراض الحادة . اما الشعرور المسيطر على المريض في هذه الحالة فهو شعور هلع وفزع وتخوف وتوقع وشيك بالتلاشي او الاغماء او الشلل او الموت . امـــا الاعراض الجسمية التي تحدث فهي تدل على فيض في فعالية الجهاز العصبي العاطفي بقسميه السمبثاوي والبراسمبثاوي . ففعالية الاول تؤدي الى سرعة النبض والخفقان الذي يشعر به المريض في صدره وبطنه وانامله واوداج رأسه . كما يؤدي الى شحوب الوجه والجلدبشكل عام والى تصبب العرق

وجفاف الحلق والفم ويبدو تنفسه صعبا سريعا او متقطعا ، وفي بعض الحالات يتنفس بسرعة وعمق وكأنه يقبض آخر ما في الحياة من انفاس، وترتجف اطرافه وانامله ويجد صعوبة في الاستقرار على وضع معين من استلقاء او جلوس او وقوف. اما اعراض تدفق الجهاز البراسمبثاوي فيؤدي الى تكرار التبول والاسهال والتقيؤ في بعض الحالات .

تستمر نوبة القلق الحادة فترات تتراوح بين الدقائق والساعات وربما استمرت بدرجات متفاوتة في الشدة عدة ايام او اسابيع . وفي كل حالة تترك النوبة المريض وهو في حالة نحول واجهاد مع شعور بالخوف من معاودة النوبة له . وتنتهي النوبة بسرعة نسبية ، على ان معظم النوبات عند انتهاءها لا تعود بالمريض الى حالته الطبيعية الاولى بل تترك وراءها آثارا مرضيه متفاوتة الشدة من اعراض القلق او غيره من الانفعالات النفسية .

(٢) – انفعالات القلق

معظم هذه الحالات لا يشاهدها الاطباء المختصون، بل تشاهد في المستشفيات والعيادات العامه وخاصة اذا كانت الاعراض الغالبة في انفعالات القلق هي الاعراض الجسمية . ولكل مريض طريقته الخاصة في وصف اعراضه المرضية وفي التأكيد على الواحد منها او الآخر ، فمن المرضى من يشكو العصبية والتوتر والانزعاج والقلق . ومنهم من يشعر بالضيق في الصدر والضغط في الرأس وآخرون يؤكدون على اضطراب الناحية المزاجية في شعورهم كسرعة الانفعال وحدة الطبع والغضب والاحتصار . وغيرهم يشكو صعوبة تركيز الفكر والنسيان والتعب والارق . الى غير ذلك مما لا نهاية له من الاعراض الجسمية او النفسية ومن امكانية الاشتراك بينها . ومع ان اعراض القلق هذه لا توجد باستمرار في المريض ، الا ان المريض بالقلق يبدو في حالة توتر او توقع دائم لورود اعراض مرضه . وهذا التوتر والتوقع هو الذي يعطي الاعراض المرضية طبيعتها « القلقيه » .

ان معظم المرضى لا يحتفظون بنوع او بمجموعة ثابتة من الاعراض المرضية في انفعالات القلق . فهذه الاعراض في تبدل مستمر . فاذا اطمأن المريض من خطر عارض واحد ، توجه ذهنه الى عارض آخر وهكذا . ثم ان استمرار الحـــالة المرضية يزيد في شعور القلق. والقلق الاضافي يخلق اعراضا جديدة، وهذه بدورها تؤدي الى قلق جديد ، وهكذا من الارتباطات التي تسارع في تفاقم حالة القلق. والاعراض الجسمية ، خاصة المتعددة منهـا ، هي اكثر مظاهر القلق حدوثا في الافراد البسطاء او القليلي الثقافة العلمية والاجتماعية والطبية . وكلما زادت ثقافة الفرد في هذه النواحي ، كلما كانت الاعراض اكثر اتجاها نحو الانفعال النفسي . اما الانفعالات الجسمية اذا حدثت في فرد كهذا ، فقد تظهر بشكل دقيق معقد مما يؤدي الى بعض الصعوبات في تشخيصها وفي علاجها .

(٣) اعراض القلق في الامراض الاخرى

ترد اعراض القلق المختلفة من نفسية وجسمية في مختلف الامراض والانفعالات النفسية . ويجب التفريق بين تلك الاعـراض التي تأتي بسبب القلق الاساسي في الحالة المرضية ، والاعراض التي تأتي بسبب رد فعل المريض لوجود حالة مرضية مزعجة ومقلقة بالنسبة له . وقد يكون من الصعب القيام بتفريق هذه الاعراض عن بعضها ذلك لان الاعراض قد تكون متماثلة، كما ان من الصعب تعيين الحدود الفاصلة بين ما هو قلق اساسي وبين ما هو قلق ثانوي . وعلى كل حال فان حظ المريض بالشفاء من القلق اكثر فيما اذا جاءت اعراضه ثانوية كرد فعل لحـــالة مرضية قابلة للشفاء، سواء كانت هذه الحالة المرضية نفسية او جسمية.

تشخيص القلق

تشخيص مرض القلق النفسي لا يعتمد على مجموعة الأعراض التي تظهر في المرض بالنظر لتوفر هذه الاعراض في الكثير من الحـالات المرضية النفسية والجسمية على حد سواء . كما لا يصح تشخيص الحـــالة المرضية عن طريق الاستبعاد لهذه

الامراض والانتهاء الى مرض القلق « كملجأ » نهائي في عملية التشخيص . ولا بد من تشخيص المرض على أساس معقول من توفر مظاهر الامراض والانفعالات النفسية بشكل عام ، وتوفر مصادر القلق بشكل خاص . ومن البديهي ان لا يتضح مصدر القلق في كل حال مرضية من امراض القلق النفسي ، ولا بد عندئذ من ضرورة استقصاء مثل هذا المصدر بالطرق الاستقصائية المختلفة من تحليلية أو اسقاطية او غيرها .

علاجُ القلق

علاج القلق كعلاج الامراض والانفعالات النفسية الاخرى ، يتطلب ادراكا وتفهما للعوامل المكونة والمؤثرة في شخصية المريض ، مع توفر القدرة على تحليل هذه العوامل لبيان اثرها الفعال «الدينمي Dynamic » في تكوين الحالة المرضية. كما يتطلب ذلك احاطة الطبيب احاطة كافية بفن العلاج النفساني كجزء لايتجزأ من مهارته الطبية . ومن عدة هذه المهارة معرفة الطبيب بان العوامل النفسية كالعوامل العضوية ذات اثر بين على حياتنا الصحية ، وان الانسان فرد متكامل الوجود في النطاق النفسي والعضوي ويصعب ان لم يتعذر فرز الحدود بينهما ، وان التجربة في النطاق الواحد قد تحدث تفاعلا في النطاق الاخر والعكس بالعكس . ومن عدة هذه المهارة ايضا توفر المزاج الخاص عند الطبيب ، ومن اظهر خصائص هذا المزاج التأني والصبر والعطف والقابلية على اكساب المريض الشعور بالثقة في الطبيب ، وبدون هذه الخصائص لن تتوفر للطبيب ، مهما اتسع علمه ، القدرة على علاج الحالات النفسية علاجياً مفيداً شافيا .

ان معظم حالات القلق النفسي هي من الحالات البسيطة ، سواء كانت مقتصرة على الشعور النفسي بالقلق ، او تضمنت تحسس المريض بانفعالات واعراض جسمية او بكليهما . وهذه الحالات البسيطة هي التي تمتليء بها عيادات الاطباء والعيادات الخارجية في المستشفيات . ويجب ان يكون في مقدور الطبيب الاعتيادي علاج وافادة معظم هؤلاء لو توفر له التوجه الذهني الكافي نحو العوامل النفسية في

المرض ، والوقت الكافي لايضاح اثر هذه العوامـــل في تكوين المرض . وقد يتبادر للذهن ان هذا يتطلب زمنا طويلا والواقع انه لايتطلب في الحالة البسيطة او المتوسطة الشدة اكثر بكثير مما يتطلبه علاج المرض العضوي .

ان اهم صعوبة يواجهها الطبيب في علاج حالات القلق النفسي هي اقنـــاع المريض بانه يعاني من حالة مصدرها القلق . فهذا القول بالنسبة للمريض يعني له بانه خائف من شيء او يفكر في شيء ، ومعظم المرضى ينفون وجود هذا الخوف في نفسهم او فكرهم . ثم ان محاولة الطبيب تفسير اعراضهم المرضية على اسس نفسية غير منظورة ، لا يلاقي قبـــولا ، فهذا التفسير يعني لبعضهم انهم « يتوهمون » اعراضهم المرضية ، وهذا ما يثير نفورهم . ثم ان المرضى بشكل عام، يرغبون في تفسير واقعي مادي لحالتهم المرضية يتناسب مع التحسس المادي للاعراض التي يشعرون بها في الجسم. ولهذا السبب فان كل محاولة علاجية لمرض القلق وغيره من الامراض النفسية المنشأ هي ايضا محاولة تثقيفية ، يشترك فيها الطبيب والمريض ، وتهدف الى جعل المريض يتلمس الصلة بين العوامل النفسية في مرضه وبين الانفعالات الجسمية . على ان اعظم هذه المحاولات « التثقيفيه » ، قد تبؤ بالفشل بسبب الحدود الثقافية الضيقة لبعض المرضى ، مما يجعل اية محاولة علاجية كلامية عديمة الجدوى والاثر . وفي مثل هذه الحالات فلا بدمن اللجؤ الى وسائل « غير كلامية Non - verbal » من العـلاج النفسي . وهذه الوسائل متعددة : من عقاقيرية او غذائية او كهربائية او غيرها من الامـور المادية التي يصفها الطبيب فتكون بمثابة العلاج النفسي لاكتسابها صفة الايحاء بالثقة والايمان التي خص المريض بها الطبيب . وعلى ذلك فان العـلاح النفسي مرتبط ارتباطا وثيقا ، ليس بشخصية المريض فحسب ، بل بشخصية الطبيب ايضا . والمريض سريـع الادراك بقدرة تشبه الالهام فيما اذا كانت الخصائص اللازمة للعلاج متوفرة في طبيبه ام لا . والطبيب الحاذق يجب عليه ان يفطن الى هذه القابليه في مرضاه فيلبيها بدون طلب وبالشكل الذي يضمن استخدامها فيعلاج المريض استخداما ايجابيا سريعا .

ان علاج مرض القلق في اطواره الاولى وبالاسلوب الصحيح امر ضروري ، ذلك ان حالة القلق اذا ازمنت اتصلت بعوامل نفسية او جسمية اخرى ، مما يغذي التحسس بالقلق ويزيد في تعقيد الحالة المرضية ويؤدي بالتالي الى صعوبة او تعذر علاجها . وموقف الطبيب الذي يتوفر على علاج الحالة لاول مرة ، والاسلوب الذي يتبعه في المعالجة ، يقرر الى حد بعيد مصير المرض . فاذا ادرك منذ البداية اثر العوامل النفسية في تكوين المرض ، واذا ادرك المظاهر الاساسية لشخصية المريض ،استطاع ان يلم بسرعة بمواطن الخوف والرجاء في نفسه المريض وتمكن من الوقوع على الاسلوب العلاجي المفيد له سواء كان ماديا او نفسانيا ، واذا اخفق الطبيب المعالج في هذه الزيارة الاولى في وضع الشكوى الطبية في نطاقها الصحيح . وحصرها فيه ، وعلاجها على هذا الاساس ، فقد يفتح للمريض افاقا واسعة من الخوف والتأمل والارتباك تزيد من قلقه وتسارع في مرضه . وهنالك تبعا لذلك الكثير من الصحة في القول بان نسبة كبيرة من الامراض النفسية المزمنة وحتى الحادة لم تكن لتوجد لولا الخطأ الاولي في اسلوب معالجتها من الطبيب . فالكثير من حالات المرض النفسي وخاصة حالات القلق تبدأ او تتطور بسبب جهل الطبيب المعالج بالخصائص النفسية للمريض .

ان اختيار اسلوب العلاج يتقرر ليس تبعا لاعراض المرض من حيث تنوعها ودرجة شدتها ، وانما يتقرر الى حد اكبر بناء على شخصية المريض ومستواه الثقافي ، وما يتوقعه من العلاج . ومع انه يمكن في كل حالة اجراء بحث سطحي سريع عن ظروف حياة المريض ،الا انه الطبيب قد يجد من المتعذر عليه التحدث للمريض بلغة نفسية في جميع الحالات . والاوفق حصر هذا النوع من العلاج النفساني في المرضى الذين يستطيعون تتبع مثل هذا البحث والعلاج ، او عندما يكونون في وضع يسمح لهم بتتبعه واستيعابه . ومثل هذا يقال في الحالات التي تتطلب بحثا نفسيا اكثر شمولا واكثر عمقا . والمؤلف وان كان لا يؤمن بجدوى العلاج النفسي العميق حسب الاسلوب المتبع في الطريقة الفرويدية ، الا ان بعض الحالات تتطلب علاجا نفسيا عميقا قد يتطلب فترة طويلة من الزمن . وفائدة العلاج النفسي في

القلق وغيره من الامراض النفسية لا ينحصر فقط في انهاء الحالة المرضمة ، بل ايضا في توجيه انتباه المريض الى اهمية العوامل النفسية في المرض ، مما يساعده على تفهم حالات مماثلة من المرض في المستقبل ، او تجنبه لظروف معينة تتوفر فيها امكانية الانفعال النفسي. ومن المهم جدا في علاج القلق النفسي ان لا يفتح الطبيب المعالج افاقا جديدة للمريض ، قد تربكه وتضله ، سواء كان ذلك عن طريق التحليل النفسي مهما كان اسلوبه ، او عن طريق التثقيف الطبي. والافضل للمريض القلق ان يكون اجهل ما يكون بشؤون جسمه ، ويحسن بالطبيب ان يقلل من تحسسه بأمور جسمه ويسعى لصرفه عن التأمل بنفسه عقليا وجسميا .

ان استعمال العقاقير في علاج القلق النفسي يخضع لنفس القواعد التي تخضع لها معالجة الانفعالات النفسية والامراض النفسية الاخرى . وهنالك بعض الاخصائيين ممن يعتقدون بان استعمال هذه العقاقير يجب ان يتجنب ، ويرون ان فيه ضررا ، لان هذه العقاقير في رأيهم قد تغطي الانفعال النفسي وتسمح له بالتطور في الوقت الذي يمكن ايقافه بالعلاج النفساني. وهنالك من يرى ان هذا العقاقير ، وان كانت غير ذات تأثير مباشر على الامراض النفسية ، الا ان استعمالها قد يفيد فيما اذا اعتقد المريض بفائدتها بسبب ثقته بالطبيب الذي وصفها . وبهذا يصبح الدواء المادي دواء نفسيا له نفس الاثر المتوفر للعلاج النفساني . والواقع ان معظم الفائدة لهذه العلاجات العقاقيرية تأتي عن هذا الطريق . ولكن هذا لا يعني قيام مبرر معقول لاستعمالها بالكثرة والقدر التي تستعمل فيه الان من قبل الاطباء . وخطر هذا الاتجاه بالنسبة للمريض واضح وبسببه يتوجه ذهن المريض الى الاعتقاد بان مرضه عضوي المنشأ كبقية الامراض الجسمية ، مما قد يزيد في قلقه ويجعل فكرة المرض متأصلة في ذهنه مما يجعل علاجه في غاية الصعوبة .

ومع محاذير استعمال العقاقير في علاج القلق ، الا انها بدون شك ذات فائدة في حالات معينة ، فقد تكون ذات نفع كبير في حالات القلق النفسي الشديدة والحادة التي يسيطر فيها الخوف والهلع على شعور المريض بشكل لا يترك مجالا

للعلاج النفسي . واستعمال الأدوية المهدئة في مثل هذه الحالات الحادة يعطي المريض شيئا من الثقة في الطبيب ويرد اليه ولو مؤقتا توازنه النفسي ، مما يسهل على الطبيب بحث مشاكله النفسية وعلاجها بالطرق النفسية المناسبة. ولعل اكثر حالات القلق حاجة للعلاج العقاقيرى هي حالات الارق لما لهذه الحالات من تأثير على نفسية المرضى قد يودي الى مضاعفة حالة القلق . وكلما كان بالامكان ازالة الارق كلما خفت حدة العوامل المؤدية للقلق . ومهما كانت المبررات لاستعمال الادوية في علاج حالات القلق النفسي فان من الواجب استعمالها باقل مقادير لازمة ولاقل مدة ممكنة من الزمن،ذلك لان هذه العقاقير قد تفقد قيمتها العلاجية بعد مدة من الزمن وقد يؤدي بعضها الى حالة من التعود والتواكل تشبه الادمان، كما انها قد تعطي المريض شعورا كاذبا بالشفاء مما يقلل من قابليته على التحسس بظروفه ومجابهتها بالاساليب الدافعية .

ان الكثير من حـــالات القلق النفسي متصلة اتصالا وثيقا بالحياة الجنسية للمريض . ففشل المريض في الارضاء الجنسي ، بالاضافة الى المشاكل المختلفة التي يمكن ان تنتج عن العلائق الجنسية ، كلها مصادر هامة تؤدي الى قيام حـــالة القلق او مضاعفته . ولما كان الكثيرون من المرضى يحاذرون التصريح بمشاكلهم الجنسية ، فان في الضروري التطرق الى بحث هذه الامور بالاسلوب والطريقة التي لا تثير نفور المريض وامتناعه . وبدون ذلك فسيظل قسم كبير من المرضى بدون تفهم صحيح لمصادر القلق في حياتهم .

مرضُ التسلّط

الأفكار التسلطيّة والقسريّة

التعريف – حالة الافكار التسلطية ، حالة مرضية نفسية ، تتضمن الشعور المفاجيء عند المريض بورود فكرة او رغبة او خيال في ذهنه ، يدرك المريض بانها طارئة على وعيه ، وخارجة عن ارادته ومفروضه عليه ، وتثير في نفسه الرغبة في مقاومة تسلطها عليه ، واذا تأملها بعد انقضائها ، تبين له عقمها وسخفها . اما الاعمال الالزامية الملحة فلها عين الصفات ، يضاف اليها قيام المريض بالحركة او العمل التي يقتضيها الفكر التسلطي .

مقدمة – لا بد ان هذه الحالة المرضية قد عرفت منذ اقدم عصور التاريخ ، الا انها لم تستجلب الكثير من الاهتمام الطبي وعلى ذلك ظلت الدوافع المسببة لها مجهولة تماما . وقد بدأ الاهتمام بوصف هذه الحالة وتحديدها في منتصف القرن التاسع عشر . ففي سنة ١٨٦٢ أستعمل الطبيب الفرنسي « موريس » لفظة «التسلطية » للدلالة عليها ، وفي ١٨٧٨ عرفها «وستفال» بانها ... «افكار تظهر مخالفة للارادة ولا يمكن نفيها ...» والتعريفات الحالية وان كانت اكثر ملائمة لمفهوم علم النفس ، الا انها مبنية على تعريف وستفال . وممن عني بهذه الحالة المرضية «فرويد» الذي عرض سنة ١٨٩٤ ملاحظاته المتعلقة بالاساس النفساني لهذا المرض . وقد كتب بعد ذلك بعدة سنوات بان التحليل النفسي قد بني في الاساس على الدراسات السريرية لحالات مرض الهستيريا ومرض التسلط . والذي يتتبع التاريخ الحديث لعلم النفس ، يجد بان مرض التسلط قد استرعى الكثير من اهتمام الباحثين ، وان النظريات التي افترضت لتفسير هذه الحالة المرضية الطريفة والمؤلمة ، تكاد تشمل معظم النظريات التي افترضت في تفسير الامراض النفسية كلها . وبالنظر لاهمية الموضوع فاننا نورد بعض هذه النظريات الهامة –

١ – **نظرية الاستعداد التكويني .** هذه النظرية تفيد بان الحالة المرضية تصيب بعض اولئك الذين تميزوا باستعداد تكويني خاص في اتجاه « التسلط » من

خصائص الشخصية . فهذه الخاصية بمقدار قليل هي جزء من صفـات الشخصية السوية الطبيعية، وقل ان نجد احدا انعدمت تجربته العقلية من تجربة واحدة على الاقـــل لفكر او عمل تسلطي قام به يوما بالرغم عن ارادته . على ان نسبة لا بأس بها من الناس يتميزون بوضوح خاصية التسلط في حيـــاتهم الفكرية ويطلق عليهم في تقسيم الشخصيات اسم الشخصية التسلطية Obsessive Personality او الشخصبة الدافعة او القسريه Compulsive Personality تبعا لاكثر الصفـات وضوحا ، التسلط الفكري او التسلط الدافع للعمل . ومن كانت هذه مظـاهر شخصيتهم البارزة ، فالصفات التالية هي عادة من علامات شخصيتهم : الدقة في العمل، المثابرة، الترتيب، والتنظيم،والنظافة، الاهتمام بالتفاصيل، الشك، وعدم القطع بالرأي، والعناد، والتفكر بالمسؤولية وصواب الحلول ، والجدية في العمل والمعاملة ، وعدم التساهل ، والمثـالية ، والصراع العـاطفي المتعلق بموضوع او شخص معين « الازدواج العاطفي Ambivalence » مما يؤدي الى التردد في الرأى وفي الوصول الى قرار فيه . وتخلص هذه النظرية الى القول بان من كان لديه هذا الاستعداد التكويني، فانه يعتبر مهيئاً بحكم قوة هذا الاستعداد للاصابة بمرض التسلط فيما اذا تهيأت الظروف المناسبة لذلك.وقد تأتي هذه الظروف عند تعرض المريض لازمة او مشكلة او انفعال عاطفي لا يقوى على دفعه وتصريفه، او عند المرض ، وفي الحالات الاخرى التي تنقص فيها مناعة الفرد كما يحدث في بعض الناس بعد اجهاد عقلي او جسمي. وترد هذه النظرية الاستعداد التكويني للمرضى الى مؤثرات وراثية فكثيرا ما تظهر خصائص الشخصية التسلطية في احد الوالدين بشكل واضح. كما ان هذا الاستعداد التكويني يقوى ويتأصل بمساعدة الظروف البيتية والتربوية في سنوات الطفولة . ويمكن القول بـان هذه النظرية هي اكثر النظريات اقترابا من الواقع المرضي، كما نقع عليه في المرضى وفي ظروف حياتهم وفي الحقائق الوراثية عن والديهم .

٢ – **النظرية الفسيولوجية المادية** –وقد اوحت بهذه النظرية كثرة وقوع العادات التسلطية الخفيفة الدرجة عند الاطفال . ثم ان طبيعة التكرار لهذه العادات مع

كثرة وقوعها في حالات الاجهاد وفي الاوقات الفاصلة بين اليقظة والنوم مع ملاحظة وجود اختلاف في الحركة الدماغية التي يسجلها الجهاز الخاص بها ، كل هذه الملاحظات قد وجهت النظر الى امكانية وجود اساس مادي في الدماغ يكمن وراء الاستعداد لهذا المرض . على ان الابحاث العلمية في هذا الاتجاه ما زالت غير قاطعة في برهانها . كما ان اصحاب المدرسة البافلوفية يضعون ايضا اساسا ماديا لهذا المرض في الدماغ على انهم يعتبرونه اساسا وظيفيا في القشرة الدماغية يتكون تبعا للنظرية البافلوفية الخاصة بالربط الشرطي والقائم على اساس الربط والتكرار في ظروف محيطية مناسبة . وهـذه النظرية تلاقي قبولا في الاوساط المـادية الاتجاه ولهذه النظرية ما يبررها من ناحية سريرية وعلاجية ، غير ان تحديدهـا بالاساس المادي المستند الى الظروف المحيطية فقط لا يتفق مع نظرية الاستعداد التكويني التي تستند الى اساس وراثي ، ومثل هذا الاساس لا يمكن التقليل من اهميته في تهيئة القابلية وفي تقرير مقدار الموثرات المحيطة اللازمة لاحداث التفاعل المرضي . وفي تعين الاتجاه نحو هذا التفاعل .

٣ — **النظرية النفسانية** . وهذه بالواقع مجموعة نظريات تختلف او تتفق تبعا لاجتهاد صاحبها ، وهي في معظمها نوع من الافتراض التأملي ، وبعضها جاء نتيجة لدراسات تحليلية نفسية على عـدد من المرضى المصابين بهذه المـرض . والنظرية النفسانية الاكثر تناقلا بين علماء النفس هي ان صفات التسلط في الشخصية تخدم غرضا نفسانيا ، وان هذه الصفات قد تشتد وتتسلط كوسيلة دفاعية اضافية عن الشخصية في ظروف الاجهاد والضغط التي قد يتعرض لها الفرد من الداخـل او الخارج . وهذه النظرية تفترض العمليات التطورية النفسية التالية التي تؤدي الى هذه الحالة المرضية .

(اولا) — ان بعض خصال الشخصية والخلق ومنها خصائص التسلط هي ضرورة الازمة لتكامل الشخصية ولحمايتها من الضرر . شأنها في ذلك شأن القلق .

(ثانيا) — تقوم ضرورة نفسية في بعض الحـالات تقتضيها مؤثرات داخلية

او خارجية تهدد تـكامل الشخصية والامن النفسي للفرد ، مما يوجب الاستعانة بالخصال الشخصية المتوفرة لدفع هذا الخطر . فاذا كان الفكر التسلطي من هذه الخصائص المتوفرة ، استعان به الفرد تلقائيا .

(ثالثا) بتكرار وقوع هذه الضرورة ، وبتكرار الحـاجة للاستعانة بهذه الخصال الشخصية المتوفرة ، يتزايد قـدر وقوة هذه الخصـال وتتزايد اهميتها كوسيلة دفاعية يتمسك الفرد بها . ومعظم هذا التمسك يتم بشكل غير واع وغير ارادي . والذي يظهر لمراقب هذه الحـالة المرضية ان هذه الخصال المتأصلة والمتكررة والتي تعاود صاحبها برغم ارادته تشل قابلية الفرد وتبدد قدرته على الانتاج وتؤثر في علاقاته مع الناس . ولكنها في الواقع هي الوسيلة الوحيدة التي يملكها للمحافظة على ترابط مقوماته النفسية من الانهيـار ، ولهذا السبب نراه مضطرا للتمسك بها بقوة وتعلق شديدين رغم ارادته الظاهرة للتخلص منها .

(رابعا) — يمكن لهذه الخصال ، كما يحدث احيانا ، ان تتأصل وتتزايد قوة بدون ان يكون لها فائدة . وتأتي هذه الخطوة عادة نتيجة لصراعات نفسية داخلية او عند تزايد الضغط او الارهـاق الذي يتعرض له الفرد من الخارج او الداخل او لكليهما . كما ان بامكانها ان تتسلط على الفرد في الحالات الشديدة من الارهاق الجسمي او الفكري ، وعندها تصبح مرضا . ويرى علماء النفس بان هذه الحالة المرضية على شدة وطأتها على المريض هي اهون على نفسه ، من انحسار وظهور الصراع النفسي الى ظاهر الوعي مما لا يحتمل وطأته . وهم بذلك يعتقدون بان المرض التسلطي هو اهون الشرين على المريض .

وبالاضافة الى هذه النظرية النفسانية السائدة توجد نظريات نفسانية تحليلية كثيرة الخص بعضها لطرافتها ولورودها بين الحين والاخـر في مجال تعليل هذه الحالة المرضية . ومن هذه النظريات .

ان « ضمير هؤلاء المرضى » عظيم النمو وهو لذلك شديد الوطأة والسلطة على صاحبه . ينقده ويحاسبه بدون ترفق او شفقة . »

«..ان النمو الجنسي لهؤلاء المرضى يتصف باتجاهات جنسية تثار فيها الرغبة وتحصل اللذة من الناحية المقعدية «Anal» .» ويلاحظون في هذا الامر ان بعض المرضى المصابين بهذا المرض يأخذون احتياطات بالغة لمنع تلوثهم اثناء التغوط ويهتمون غاية الاهتمام بعمليات احشائهم ويخافون التلوث بالاوساخ والجراثيم .

«وجود اتجاه «سادى Sadism» في كيان الشخصية عند بعض المرضى يدفعهم الى القسوة على انفسهم وعلى الاخرين . وان الفكر التسلطي ما هو الا توجه هذه القسوة الى النفس . بدل توجهها الى الغير .»

ومثل هذه النظريات التحليلية كثيرة . وهي في معظمها لا تستند الى الواقع السريري المرضي . كما ان الوصول اليها في عمليات التحليل النفسي لم يؤدي الى نتيجة علاجية ايجابية في معظم المرضى .

اهداف الفكر التسلطي والعمل القسرى .

وردت آراء في تعليل الفكر التسلطي والعمل القسرى وهذه هي بعضها .

١ — الحالة المرضية تخدم غرض التخفيف من الم القلق وذلك عن طريق ربط القلق بشيء آخر . وبواسطة هذا الربط وبتكراره في الفكر والالحاح في العمل ، فان القلق يخف او يتبدد ، ولولا ذلك لكان اثر القلق شديدا لايحتمل ، وخاصة اذا ظهرت دوافع القلق على حقيقتها مما قد يكون جارحا مؤذيا او محرجا للوعي ولا يمكن احتماله . ولهذا يعتبر الفكر التسلطي وسيلة من وسائل الدفاع النفسي .

٢ — عن طريق الفكر التسلطي او العمل التسلطي يضطر الفرد للقيام بعمل اضافي لحماية نفسه من الخطر المادي او المعنوي الذي قد يهدد تكامل شخصيته . مثال ذلك الفكر الذي يتسلط على الفرد فجأة والذي يقضي بان يرمي نفسه في النهر او امام سيارة عابرة ، فيدفع بنفسه بدلا من ذلك الى الوراء الى حد ابعد مما تقتضيه السلامة. او ذلك المؤمن الحريص على ايمانه الذي يراوده فكر التسلط

بان يقول قول الكفر فيرده بترديد التسبح وتكرار الاستغفار ، فكأن مراودة الكفر امتحانا لا يمانه، وكان الدافع الى ان يرمي نفسه في التهلكة هو امتحان لمدى حبه لنفسه وحرصه عليها .

٣ – يكون العمل الملح المتسلط المتكرر امرا شبيها بالطقوس السحرية. وله مغزى الرمزية في ذلك . وفي ممارسته فان الفرد يبعد عن نفسه بعض الدوافع الغامضة من عاطفته. كما انه – اي العمل الملح– يبعد ولو الى حين الشعور بالخطر الداهم الذي يتهدد الفرد . واذا حاول الفرد ان يقاوم بارادته الدفع القسرى للقيام بهذه الطقوس ، فان الفائدة الدفاعية لهذه الطقوس تقل او تبطل وهذا يتيح المجال للرغبات والدوافع المكبوتة ان تثير حالة من الصراع النفسي وبذلك تظهر على شكل قلق شديد . ولهذا السبب يحذر المرضى بعدم محاولة مقاومة هذه الافكار التسلطية بالمجابهة والتحدي .

٤ – الطقوس القسرية التسلطية التي يقوم بها بعض المرضى تشبه الى حد ما الطقوس البدائية التي اصطنعها الانسان البدائي كوسيلة لحماية نفسه من سيطرة الارواح الشريرة وغيرها من القوى الخارقة التي تعذر عليه فهمها وتفسيرها .

٥ – بعض هذه الاعمال القسرية قد تأتي عن طريق تكوين العادات وخاصة اذا تعود الطفل على القيام بحركات معينة تخدم غرض اقناعه من صغره بان القيام بها سيحقق له ما يتمناه . وهذه الاعمال تخف عادة او تزول عند الكبر . وقد اورد فرويد المثل التالي عن الاعمال المتكررة الطقوسية في الاولاد . – « ولد عمره ١١ سنة اتبع نظاما معينا ثابتا من الطقوس التسلطية قبل ان يأوى الى فراشه لينام . فكان يخبر امه بتفصيل دقيق بجميع حوادث اليوم الذي مرت به ، كما كان يصر على ان لا يكون على سجادة الغرفة اي قصاصة من الورق او اي نفاية ، وان يكون سريره ملتصقا بالحائط وتستقر ثلاث كراسي بالجانب الاخر ، وتوضع الوسائد في نظام معين ، ثم يركل برجله عددا ثابتا من المرات ويميل الى جانب واحد وينام ... » .

قد ذكر في مقدمة هذا الفصل بان بعض صفات الفكر التسلطي والعمل القسرى تكون جزءا من الشخصية السوية ، ويمكن اعتبارها بقدر محدود، تجربة طبيعية يمر بها معظم الناس ولو مرة واحدة في حياتهم . وفي بعض الناس تكون الافكار التسلطية بما اتصل بهامن الخصال جزءا بارزا من شخصية الفرد،ويعرف الفرد تبعا لذلك «بالشخصية التسلطية» او « بالشخصية القسرية او الالزامية». ومع ان مثل هذا الاتجاه في الشخصية يعتبر شاذا الى حد ما ، الا انه لا يكون حالة مرضية بالمعنى الصحيح في معظم الحالات . وفي حالات شديدة معينة يصبح هذاالاتجاه في الشخصية مرضا يستلزم الاستشارة الطبية والعلاج .ونسميه تبعا لذلك بالمرض التسلطي او القسرى او بالجمع بينهما « بالمرض التسلطي القسرى » . وانه وان كان من الصعب اقرار نسبة وقوع هذه الحالات المرضية من بين الامراض النفسية ، الا انها تقع في حوالي الـ ٥ — ٨ في المئة . وفي دراسة للمؤلف عن الامراض النفسية في العراق وجد ان النسبة هي ٧ — ٨ بالمئة وهي نسبة مماثلة تقريبا لنسبة وقوع هذه الحالات المرضية في امريكا مما يدل على اهمية الاستعداد للتكويني ، وعلى ان المؤثرات المحيطية غير هامة في تقريرها . والحالات المرضية في مجموعها تتصف بما اوردناه من حدود التعريف في مطلع هذا الفصل من انها طارئة تفرض وجودها على وعي المريض برغم ارادته مع محاولته لمقاومتها والتخلص منها والشعور بانها غريبة عنه وانها سخيفة . والحالات التسلطية المرضية هي: (١) الفكر التسلطي (١) الاعمال الالزامية القسرية (٣) التذكر الاجترارى (٤) الافكار التفكرية او التحسبية .

١ — الفكر التسلطي

في هذه الحالة تعاود المريض افكار طارئة مزعجة غير مرغوب فيها تتحكم في عقله وتسيطر عليه. ومن هذه الافكار ما يثير الرعب والهلع في نفس المريض، فيحاول التخلص منها بكل وسيلة ممكنة . ومن الحالات التي مرت بالمؤلف

الحالات المرضية التالية التي توجز باختصار طبيعة الفكر التسلطي :

(الحالة الاولى) « امرأة متزوجة متعلمة لها ثلاثة اطفـال اصغرهم في الثانية من عمره . شعرت ذات يوم وهي تهم بتقطيع اللحم في المطبخ بفكر طارىء بان تذهب الى طفلها الذي يلعب امامها وتقطعه بدلا من اللحم . وقد هالها الفكر فرمت بالسكين وحملت ابنها وهرعت من البيت . وقد تكرر الفكر عدة مرات في مناسبات اخرى الى ان جاءت للاستشارة الطبية .. » ،

(الحالة الثانية) « حالة صيدلاني (من خارج العراق) جاء يشكو من انه منذ اسابيع قليلة اذا جاء المريض له بوصفة طبية ليصرفها، هبت فكرة الى رأسه تتسلط عليه بان يفتح الخزانة الخاصة بالسموم ويضع السم في الدواء . وكان يتجنب القيام بدوافع هذا الفكر ، امـا بترك الصيدلية موقتا ، او الاعتذار عن عدم تيسر الدواء ، او بايكال الصرف الى مساعدة ، او نسيان مفتاح خزانة السموم تعمدا في البيت او بتحمل الانفعال الناتج عن هذا الفكر التسلطي باشغال نفسه الى ان ينتهي اثره .. وهكذا »

(الحالة الثالثة) « حالة امرأة متزوجة تتمتع بخلق رفيع وتعلق بزوجها . افادت بانها تشعر، اذا كانت باجتماع او زيارة مختلطة، بفكرة ملحة تراودها بضرورة القيام من مكانها وتقبيل الرجل لذي يجلس مقابلا لها . وتحاول دفع هذا الفكر اما باشغال نفسها او الاشاحة بوجهها عنه وامـا بالاعتذار بوجوب الانصراف او غير ذلك من وسائل التبديد . »

(الحالة الرابعة) « شاب في الثانية والعشرين يتصف بالخجل وسرعة الارتباك والانفعال يشكو منفكر يتسلط عليه ويدفعه الىضرورة النظر الى ما دون البطن مناعضاء الرجلاو المرأة. واذا جاءه الفكر انفعل بسببه وخشى ان يلاحظ انفعاله الاخرون فيعرفون دوافعه. وقد وجد بعض الحل لفكرة التسلطي بان يلبس نظارات سوداء لا تكشف عن عينيه ولا تنم عن فكره . »

ولعل من اشد حالات الفكر التسلطي التي مرت بالمؤلف هذه الحـالة التي تجمع الى الفكر المتسلط الدفع للعمل في بعض الاوقات وهذه هي (الحـالة الخامسة) التالية .

(الحالة الخامسة) « شاب في العشرين يعمل عاملا في احدى المحلات وقد ذكر ان حالته المرضية قد بدأت اثر مشكلة عاطفية وظروف اقتصادية صعبة.وكان ابتداؤها بفكرة طارئة تحفزه اثناء الليل للقيام بالاعتداء على والدته (التي يحبها). وفي الاشهر التالية بدات افكار اخرى تعرض له :
ان يقوم بالاعتداء على صاحب المحل الذي يعمل فيه برميه باثقل آلة حديدية متيسرة .
ان يرمي بنفسه امام سيارة المصلحة .
ان يعتدي على الاخرين لذلك لا يستطيـع البقـاء في غرفة تحوي الالات الحادة والمطـارق والادوات الثقيلة .

تأتيه فكرة ان يقطع لسانه بالموسى ، وعند الحـــلاقة يتسلط عليه الفكر ان يجرح وجهه او يقطع عنقه .

في احدى المرات جاءته فكرة متسلطة دافعة ان يجرح يده فلم يستقر حتى قـــام بتشطيب خفيف ادماه قليلا .

تأتيه فكرة ان يعري سلكا كهربائيا ويمسه بيده وبالفعل قام بذلك مرة مما سبب له انتفاضة، وقد ذكر بانه قبل ن يقوم بذلك تردد كثيرا وراح يمشي جيئة وذهابا لكنه لم يستطع ايقـــاف قوة الدفع للعمل بما .املاه فكرة المتسلط .

اذا راى لوحا زجاجيـــا او تلفزيونا احس بالدافع الى كسره ووضع يده مكان الكسر في الزجاج .

تأتيه فكرة متسلطة ان يحمل ابن اخيه الصغير ويرمي به من الشباك .

تعاوده فكرة ان يقتلع الشعر من صدغيه واذا بدأ بذلك فلا يستطيـع التوقف مع رغبة في ذلك . ويستمر الحال الى ان يصيبه الاعياء او يتوقف الدفع القسرى تلقائيا . ويسبب هذا الدفع التسلطي ظهر المريض وكأنه اجرد الصدغين » .

والحالة السادسة التالية تظهر خاصية الشك في بعض المرضى بشكل واضح، هذا الشك الذي يصبح كاليقين اثنـــاء تسلط الفكر على المريض . والذي يفرق هذه الحالة عن حـــالة الوهم الفكري في مرض الشيزوفرينيا. ان الشك في الحالة التي سنوردها ، يشعر المريض بانه شك ويندم عليه بعد انحساره عن فكره . اما في مرضى الشيزوفرينيا «فالوهم الفكري» يظل ثابتا لا يزول بالتأمل النفسي ولا بمحاولة الاقناع المنطقي او العلمي .

(الحالة السادسة) شاب متزوج وله عدة اطفال في الخامسة والعشرين من عمره حصل على دراسة ثانوية ويعمل موظفا في احدى المصالح الحكومية . وفي المقابلة الطبية افاد بالمعلومات التالية : —

« بعد مرور شهر واحد على زواجي بدأت هذه التفكيرات بأتيني . لا اعرف كيف جاءت تماما ولكني اعتقد بان اول فكرة طرأت في ذهني كانت متعلقة باخي الكبير الذي كان جالسا في « الحوش » . وفي نفس الوقت كانت زوجتي تستحم في الحمام . وبسرعة جاءتني فكرة بالخيانة الزوجية واستمرت تأتيني هـــذه الافكار . اول ما تأتي تتسلط علي.. وأخبرت زوجتي بها . . فتحلف ببراءتها .. وتبكي ... وبعدها يفكني الفكر .. واهدأ. عندما يأتيني هذا الفكر اريد ان لا يكلمني احد ، وان اظل وحدي او انام او اخراج الى خارج البيت . وفي بعض الاحيان عندما تأتيني الفكرة اصدق بها ثم اعود الى تكذيبها . اني احاول السيطرة على نفسي لكنني لا استطيـع وبعدها تتوارد افكار اخرى متلاحقة من انهـــا تخرج في الليل .. الخ .. وفي بعض الاوقات يضطرني هذا الفكر الى السهر طوال الليل للتأكد .. وبعدها اهدأ وانام . واندم . اني

اشعر بان هذه الافكار غير صحيحة وانها مسيطرة عليّ ولا اقدر على دفعهـــا .. اني اريد التخلص منها وانا واثق من امانة زوجتي واهلي ... » وعندما استعلمت عن عائلته افـــاد بان والده .. عصبي.. وان من خصائصه اصراره على نظافه الثياب. فهو مهتم كثيرا بالنظافة والترتيب الشديد ولا يتساهل في امرها . وانه اذا تعب صار عصبيا وانفعل وارتجف .. ولا يستطيـع الكلام .. وان والدته عصبية سريعة الانفعال وان اخوه الاصغر .. خامل متدين .. مهمل في دروسه. اما بقية اخوته واخوانه فهم في حالة طبيعية حتى الان .

ومن ايراد هذه الحالة ندرك ايضا ان الفرق بين الفكر التسلطي وبين الفكر الوهمي قد يكون في بعض الحالات فرقـــا طفيفا مما يصعب تعيينه . ومثل هذه الصعوبة في التفريق نجدها في بعض الحـــالات المرضية ، ومعظم هذه الحالات « التي يصعب التفريق بينهـــا » تنتهي آخر الامر بالمرض العقـــلي المعروف بالشيزوفرينيا . وبالاضافة الى ما ذكر من الامثلة عن محتويات الفكر التسلطي ، فان هذه قد تتضمن كل ما يمكن ان يراود الفكر من شكوك ورغبات ودوافع وخيالات واوامر ونواهي ومخاوف . ومن جملة « المخاوف التسلطية » التي تتسلط على المريض بين الحين والاخر فتثير فيه انفعالا شديد من الخوف مقرونا بانفعال جسمي مماثل ، هو الخوف من المـــوت او السرطان او الجنون او الامراض الزهرية او مرض القلب . وفي بعض هذه الحـالات من الخوف يصعب التفريق بسهولة فيما اذا كانت الحالة المرضية هي حـــالة قلق او حالة فزع او فكر تسلطي وذلك بالنظر للتشابه الكبير بين شعور المريض في الحالات الثلاث. هذا وكثيرا ما يحدث ان يكون المريض بحالة مرضية ثنائية او اكثر من الامـــراض النفسية التي ذكرناها .

٢ – العمل القسرى او الالزامي

وتعريفه كما ذكر في مقدمة هذا الفصل كتعريف الفكر التسلطي وهو لا يختلف عنه الا في ان الفكر التسلطي اذا ادى الى القيام بعمل ، اصبح حالة من العمل او الدفع القسرى الالزامي . » ومع ان بعض المؤلفين لا يعتقدن بان هـــذا العمل ضرورة لازمة لقيام حالة الدفع القسرى ويكتفون فقط « بالشعور بالدفع » الا

ان الاخذ بهذا الرأي سيجعل من الصعب التفريق بين حـالات الفكر التسلطي وبعض حالات العمل القسرى. ومن خصائص العمل التسلطي التكرار والالحاح، وفي بعض الحالات يتخذ صفة الطقوس التي يحـاذر الفرد الانحراف عنها او اختصارها . وكثيرا ما تتم هذه الاعمال المتكررة تلقائيا وبدون ضرورة توفر فكر تسلطي يفرض القيام بها . على انها متى بدأت ، واذا حاول المريض ايقاف مجراها ، فانها تثير حالة فكرية تسلطية تفرض عليه الاستمرار فيهـا . وهذا هو ما يحدث في معظم حـالات العمل القسرى . ومن الامثلة المتعددة على حالة العمل القسرى مع توفر الفكر التسلطي او عدمه . الامثلة التالية .

(الحالة الاولى) امرأة متزوجة في الرابعة والعشرين من عمرهـا حصلت على مستوى الدراسة الابتدائية . افادت بانها قبل الزواج بزمن بدات تغسل ايديها وجسمها بشكل يزيد عن الحاجة واستمرت هذه الزيادة تطول وتتكرر دون توفر الحاجة اليهـا .. وعند الصلاة كانت تبدا ثم تعيد .. وهكذا مرات . وبعد الزواج صارت احسن حـالا ، وبعد الولادة اصيبت كما ادعت بـ « هبطة » او صدمة مخيفة مفاجئة زادت على اثرها الحـالة المرضية .. وهي الان تغسل مرات كثيرة .. وتلح في ذلك كل مرة . وتقول « اني لا اقدر ... ليس الامـر بيدي .. لا استطيع التوقف .. كلما اردت .. لا اقدر .. » .

(الحالة الثانية) حالة امرأة متزوجة ذات ثقافة جامعية في الثلاثين من عمرها . تكوي الملابس الداخلية بيدها مدة ساعة او ساعتين لازالة الرطوبة منها.وهي تقر بان ذلك خطأ وان لاضرورة لذلك لكنها لا تستطيع منع نفسها من القيام به . وبعد العلاج ذهبت هذه الحالة وظلت بعض الحالات القسرية الاخرى مثل اغلاق الباب واعادة التأكد من اغلاقه عدة مرات .. ومن تعليقها على هذا تقول « اشعر بان هذا العمل (غلط) لكني لا استطيع ان امنع نفسي .. قد يكون من الممكن ان امنع نفسي لكني اجد ان من الاسهل على ان اطاوعها .. »

(الحالة الثالثة) امرأة متزوجة ثقافتها ثانوية في الخامسة والعشرين ولها اولاد تصف نفسها بانهـا متدينة ومن بيئة محافظة وكل افراد العـائلة متدينين عن رغبة لا عن رهبة او اكراه . وتقول « تعتريني حالات اشعر معها بلزوم ترديد كلمات من الكفر تأتيني وكان احدا في قلبي يرددها . ، لا اقدر ان اسيطر على نفسي لاوقف ترددها .. وهي تستمر كالاسطوانة وبعد انتهـاء الحالة .. يصيبني صداع شديد . ويصبح رأسي حارا وكأنه يشتغل .... واذا سمعت الناس يتكلمون عن بعد اشعر وكانهم يكفرون .. طبعا اني ادرك ان هذا غير صحيح ولكني لا استطيع ... » .

(الحالة الرابعة) شاب متزوج ثقافة جامعية يعمل في مهنة فنية . ذكر بان مرضه بدأ منذ عدة سنوات على شكل مخاوف من الجنون تعاوده بين الحين والاخر .. فاذا زارته هذه المخاوف اصيب

بارتجاف وحالة تشبه الاغماء . ومع الزمن زالت هذه المخاوف وحل محلها الحالة المرضية التي يصفها بقوله « عندما اقوم بعمل يتعلق بمهنتي اقوم بمراجعته عدة مرات .. انا اشعر بعدم الحـاجة الى ذلك .. لكنني مجبر عليه.. ثم اني المسؤول عن رعاية اخوتي.. وفي الليل لا اطمئن الا اذا اقفلت الابواب واطفأت « الصوبة » والطباخ ، ثم اعيد تفقدهـا مرتين او ثلاث او اكثر . ومع هذا لا اطمئن تماما الا اذا اخذت اخي الاصغر ليعيد تفقدها معي ومتى صعد لينام سألته مرتين او اكثر اذا كان قد اطفاها.. هذا واني في كل حالة متأكد باني اطفأتها .. ولكن هذا الشيء المسيطر علي ، يلح ويضطرني ان اعاود الكرة مرة اخرى .. وهكذا .. عندما يأتيني الفكر احاول دفعه ، لاعتقادي بانه خطأ .. وغير طبيعي .. وكلما حـاولت . كلما ازداد شعوري بضرورة التكرار » .

وبالاضافة الى هذه الامثلة امثلة كثيرة تتفـاوت فيها درجة القسر وتختلف اتجاهات هذا الدفع .على ان معظم الحالات في مجتمعنا ذات صلة بالمواضيـع الدينية وبالنظافة . لهذا تكثر حـالات مراودة الخروج على الايمان . التي تنتهي بالتسبيح ومحاولة التكفير عن الذنب . كما ينتهي الخوف من التلوث او التنجس بالتنظيف والتغسيل والترتيب . هـذا وهنالك غير مـا اوردناه حالات كثيرة من العمل التسلطي لا تبلغ مبلغ المرض وتقبل كانها عادة او نوعا من الطقوس التي يحترز فيهـا الانسان من الشر ايا كان مصدره . ومثل هذه العادات كثيرة الوقوع في الاطفال خاصة اذ بلغوا السابعة او الثامنة من عمرهم. ويعلل احد علماء النفس ابتداء ظهورها في هذا السن . «بان ضمير الطفل في هذا السن يصبح بسرعة اكثر شدة من ذي قبل.. » وقد استرعى بعض المؤلفين الانتباه الى ان الكثير من العاب الاطفال لها طابع الطقوس ، وانها تعتبر اطاعة غـير واعية لدوافع تسلطية قسرية . ومعظم هذه الدوافـع والمظاهر تزول في سني الحداثة والمراهقة. وهنالك بعض حالات الدفع القسرى التي تنتهي بايقاع الضرر بالاخرين او بالمجتمع بشكل من الاشكال كما يحدث في الشخصية السايكوباثية. ومنها ايضا حالات جنون السكر او « مائيا السكر ». وهي حالات متكررة دورية من الدفع للسكر مع اختلال في السلوك يضر بالغير. ومنها ايضا حالات الاستعرائية التي تتضمن الدفع للقيـام بتعرية كاملة او جزئيه للجسم تظهر عادة الاعضاء الجنسية امام احد من الجنس الاخر. ومنها حالات جنون السرقة وهي

حالات الدفع القسرى للسرقة مع عدم توفر الحاجة للشيء المسروق . وحالات جنون الاشعال التي يتوفر فيها الدفع لاشعال الحرائق . وحالة التبصبص ، وهي حالة من التجسس على العلاقات الجنسية للغير يكون الدافـع له قسريا . كما ان هنالك بعض الحالات الجنائية الاجرامية بايذاء الغير يكون الدافع لهـا قسريا لا يستطيع المذنب ايقاف نفسه عنه . وبعض هذه الحالات ذات طابـع جنسي ومعظمها لا يتضح ان للمجرم اية منفعة او فائدة يجنيها من ارتكابه للعمل الذي قام به . ومثل هذه الحوادث تقع بين الحين والآخر في كثير من البلدان وتعطي قدرا وافرا من الاهتمام بالنظر لتكررها وعدم توفر المنفعة من ارتكابها . هذا وان كانت هذه الحـالات دفعية قسرية في طبيعتها، الا ان الاتجاه الطبيعي والقانوني يرمي الى اعتبارها حـــالات من شذوذ الشخصية المريضة « الشخصية السايكوباثية » ومن كان مصابا بهذه الشخصية فهو عرضة للقيام باعمال اندفاعية، بعضها ذو طابـع اجرامي. وذلك استجابة لقوة دافعة لارتكاب العمل دون ان يستطيع منع نفسه ودون ان يفيد العقـــاب او العتاب في منـع تكرر هذه الاعمال . والفحوص التي اجريت على هؤلاء المرضى تشير الى وجـود ذبذبات كهربائية غير طبيعية في ادمغتهم ولعل هذا يفسر اندفاعاتهم للاعمال القسرية الغير ارادية .

٣ — « الافكار التذكرية (الاجترارية Rumination) .

وهي كالافكار التسلطية ، الا انها غـير غريبة عن المريض ، فهي جزء من تجاربه السابقة والمنسية تبعث من جديد غير مجلوبة او غير مرغوبة ولايستطيع نفيها عن ذاكرته . وقد تكون هذه الذاكرة كلمة تتردد في ذهنه باستمرار ، او حادثة سابقة ترتسم وقائعها في مخيلته ، او مشكلة قديمة لم تعد لها قيمة آنية وتثير اشكالها من جديد وفيما يلي امثلة واقعية على ذلك : —

«الحالة الاولى» آنسة في الخامسة والعشرين غير متزوجة اتمت الدراسة الثانوية شكت ان حوادث سابقة تتردد في ذهنها ومعها هذه الاستفهامات « لماذا حدث ذلك ؟ لماذا قالوا ذلك؟ والكلمة نفسها تظل تتردد وتسيطر علي . وانا طبعـــا لا اريدها ان تتردد .. ولكنها تأتي .. وخاصة عندما اصبح

تعبة او ناحلة او عندما يؤذيني شيء .. واكثر ما تأتي في اول فترة النوم .. واحاول مقاومتها. اقرأ حتى اتلهى .. او اعمل حتى انشغل .. »

الحالة الثانية -- شاب في الخامسة والعشرين متزوج . خريج الدراسة الاعدادية يقول : اشياء سابقة او اسماء او اغنية اجبر نفسي حتى اتذكر اسمائها .. واذا لم استطيع تذكرها اصابني الارق والصداع والنحول او الشرود واذا تذكرتها ارتاح كما لو كنت حاملا حملا ثقيلا والقيته عن ظهري . محاولة التذكر تأتيني غصبا . اكراها . لا اقدر ان ادفعها بكل وسيلة .. »

الحالة الثالثة ـــ شاب في العشرين .. دراسته ثانوية « يأتيني فكر يتردد كلما اهم بالاكل .. باني آكل الحذاء .. تسلطت علي الفكرة اول مرة عندما بدأت آكل ، والحذاء بجانب الطعام .. وبعدها تتردد ذاكرة هذه الفكرة .. في البداية اقتصرت على الطعام .. والان تتعلق بالاوساخ والتراب والهواء . وقد تأتيني في اي وقت لذلك اقطع نفسي ولا ابتلع لعابي حتى لا ابتلع الاوساخ .. الفكوة تتولد في رأسي فجأة .. اشعر بان الفكر متسلط علي .. اشعر بان الفكر في دماغي .. اشعر بان الفكر سخيف .. احاول التغلب عليه .. واذا حاولت احس معدتي .. وصدري واعصابي متحطمة واصاب بالتوتر. والعرق يتصبب من جسمي .. لهذا اجد من الاسهل علي ان احبس نفسي ولعابي .. لامنع دخولها الى جسمي .. »

٤ – التفكر (التحسب)

وهي حالة لا تفرد لها صفة خاصة في المؤلفات النفسية ، وتشمل عادة في بحث الافكار التسلطية وهي مثلها في جميع خصائصها . على ان لها محتويات خاصة فهي تنحصر في المستقبل ، لا في حوادث الماضي كما هو الحال في حالات التذكر الاجتراري .. فالمريض يشكو من ان فكرة يستبق الحوادث دائما : ماذا يحدث لو ركبت الطائرة ؟ ماذا يحدث لو تشاجرت مع فلان ؟ من الذي خلق العالم وكيف ؟ مثل هذا الافكار عن تشوف حوادث المستقبل تأتي قسرا وتسيطر علىفكر الفرد وتحدد من قابليته الانتاجية وفي صلاته الاجتماعية. والحالتين التاليتين تفيان بايضاح هذه النوع من التفكر التحسبي . —

الحالة الاولى – فتى في السادسة عشرة ، طالب في المتوسطة ، جاء يشكو بانه كان يمشي في الشارع يوما .. وخطر في ذهنه لاول مرة هذا الخاطر .. ماذا سيحدث لو دفعني احد المارة بكتفه ... ومن هذا السؤال الطارىء تتابعت سلسلة مخيفة مقلقة من استباق الحوادث . سباب وعراك وضرب .. وطعن .. وسجن . . ويعاوده الفكر كلما مشى في الشارع . . ولهذا يحاول تجنب الازدحام .. ويحاذر ان يصطدم باحد .. ويسعى نحو خلوة في الشارع يمشي فيها .

الحالة الثانية – شابة في الثلاثين من عمرها انهت الدراسة في احدى المعاهد وتعمل موظفة .. وخطبت وكانت على وشك الزواج. وقد افاقت ذات يوم على حلم علق بذهنها بانها اختلفت مع خطيبها ومن هذه النقطة المجازية التي جاءت في الحلم تسارعت سلسلة من الافكار التحسبية .. مخطوبة .. ساتزوج .. سيأتيني اولاد. سأتعارك مع زوجي، سنفترق.. الخ.. مما لم تستطع ايقافه او السيطرة عليه من الافتراضات التي لا ترغب في تأملها وقد اعياها تردد هذه الافكار التحسبية وادى ذلك الى اصابتها بنوبة حادة من الكآبة .

المصير المرضي لحالات التسلط

ان الطبيعة المؤلمة لهذه الحالات المرضية مع ملازمتها وتكرارها تثير اهتمام المريض عن مصيرها النهائي. واهتمام المريض ينحصر في الامور التالية التي تجول في ذهن معظم المرضى : متى تنتهي هذه الحالة المرضية ؟ وهل تؤدي الى فقدان السيطرة العقلية ؟ وهل هنالك امكانية في ان يؤدي الفكر التسلطي الى اقدام المريض على ما يدفع له ؟. والاجابة على هذه الاسئلة ليست من السهولة بمكان. على انه يمكن القول مع التحفظ بان المرض التسلطي طويل الازمان. وقد يستمر عدة سنوات . وقد ينقطع فجأة ويعود بعد مرور امد طويل اذا توفرت بعض الظروف النفسية او المرضية الجسمية التي تساعد في اثارته من جديد. ويمكن القول بان معظم حالات الفكر والعمل التسلطي التي تصيب الاطفال تختفي عند البلوغ. والذي يلاحظ ايضا – كما جاء في ايراد اعمار المرضى – ان المرض ينحصر في معظم الحالات في السنوات السابقة للاربعين . ومن تقصى للحالات المرضية التسلطية ، يلاحظ ان جذوتها تخبوا مع مرور الزمن. وفي بعض المرضى تتوقف الحالة المرضية فجأة . او تتحول الى حالة مرضية اخرى كالقلق او النحول العصبي او الوسواس المرضي . اما امكانية فقدان المصاب لسيطرته العقلية فهذا لا يتم في تلك الحالات التي تنحصر في المجال النفسي . على ان هنالك بعض الحالات التسلطية التي تعتبر مقدمة لمرض عقلي كمرض الشيزوفرينيا . ومصير هذه الحالات مرتبط بمصير المرض الذي تتطور اليه وهو مصير خطير فيما يتعلق بمرض الشيزوفرينيا ، ومصير اقل خطرا اذا تطور الفكر التسلطي الى مرض الكآبة، على انه في هذه الحالة قد لا يخلو من خطر جسيم وهو امكانية

اقدام المريض اقداما اندفاعيا تسلطيا على محاولة الانتحار. اما هل يؤدي الفكر التسلطي الى القيام الفعلي باداء العمل ؟ ففي الغالبية العظمى من حالات الفكر التسلطي لا ينتهي الفكر بالعمل ، على ان بعضها يقترن او ينتهي بالعمل القسري كما اوردنا في الجزء الخاص بالافكار القسرية الالزامية، او بالعمل الاندفاعي . ويصعب التكهن في اي الحالات الفكرية التسلطية تنتهي بهذا العمل الالزامي او الاندفاعي . على انه يمكن القول ان الافكار التسلطية التي لا تقترن بالعمل منذ البداية تظل على حالها . وهذه قاعدة لها بعض الاستثناءات الواردة كما ظهر في « الحالة الخامسة » من قسم الافكار التسلطية .

العلاج – لا يوجد علاج معروف لهذه الحالات المرضية . والملاحظات العلاجية في هذا الشأن هي كما يلي . — ان التحليل النفسي عديم الفائدة في معظم حالات هذا المرض . وقد اورد العاملون بالعلاج النفسي بطريقة التحليل بعض الامثلة على نجاحهم ، غير ان هذه الحالات قليلة وفترة العلاج طويلة تستمر سنوات وتكاليفها باهظة مما يجعل فائدتها العملية محدودة جدا ويشك في ان يكون التحليل النفسي الطويل هو السبب في الشفاء، ولعل الزمن هو الذي يطفيء الشعلة المتسلطة تلقائيا . على ان المعالجة النفسية التي تستهدف الحد والتقليل من قلق المريض، تأتي بنتيجة ايجابية الى حد ما، وذلك بحرمان المرض من العوامل المساعدة على استمراره . ومثل ذلك يقال في المعالجة الجسمية ، اذ ان الفكر التسلطي قد يحدث او يتقوى في حالات التحول الجسمي والاجهاد العقلي . والراحة وحسن التغذية وتأمين القدر اللازم من النوم كلها تساعد على زواله او التقليل من اثره . واستعمال الادوية المهدئة والمعقلة له فائدة ، اذا استعمل اشهرا طويلة وبمقادير كافية ، على انه لا توجد ضمانة كافية بالشفاء من استعمال اي دواء حتى الان . اما المعالجة الكهربائية فهي عديمة الفائدة وكثيرا ما تؤدي الى تفاقم الحالة المرضية بادخال حالة القلق عليها . واذا ورد الفكر التسلطي في حالة مرضية اخرى كالكآبة او الشيزوفرينيا فان الفائدة من استعمال الصدمات الكهربائية تكون فائدة ضمنية تقررها طبيعة هذه الامراض وليس بسبب ورود

الافكار التسلطية في هذه الامراض . وفي بعض الحــالات التسلطية الاندفاعية التي يبلغ فيها شقاء المريض او الضرر الاجتماعي حدودا بالغة ، فان من الممكن اجراء تدخل جراحي على مراكز معينة في الدماغ . على ان هذه العمليات ما زالت في دور التطور ، وهي ليست بدون اضرار ، قد تكون جسيمة لشخصية المريض وتكامله العقلي ، ولهذا يجب اللجوء اليها فقط في تلك القلة من الحالات الشديدة التي تؤدي الى ايذاء النفس او الغير ولا ينفع فيها عــلاج آخر . وهنالك قاعدة علاجية تشمل جميـع هذه الامراض وهي في ان يتجنب المريض الظروف والاماكن التي تثير عادة ظهور الافكار التسلطية . كما يجب ان يوصي المريض بعدم السعي الى مقاومة هذه الافكار بل عليه ان يفتح المجال لتبديدها باشغال نفسه فيها او بترك المكان الذي اثار هذه الافكار . وهذه القاعدة صحيحة يدركها الكثيرون من المرضى الذين اصيبوا بهذا المرض .

الفـــزع

الفوبيـــا Phobia

التعريف – الفزع ، هو حـالة من الخوف الشديد لسبب معين يكون فيها الشعور بالخوف اكثـر بكثير من السبب الداعي له . ويقترن الشعور بالخوف عادة بالرغبة في الهرب بعيداً عن السبب .

مقدمة

كلمة (الفوبيا) ذات اصل يوناني . وهي مشتقة من لفظة (فوبوسPhobos)، ومعناها الفزع او الرعب او الخوف الذي يدفع الى الهرب . وهذه الحالةالنفسية كغيرها من الحالات النفسية عرفت ووصفت منذ القدم . غـير ان فرويد كان اول من انتبه الى الطابع النفسي الختمي لهذه الحالة . ففي مقال له عام ١٨٩٤ تقدم بنظريته النفسية لتفسير حالات الفزع (الفوبيا) وحـالات الافكار التسلطية . وفي عام ١٩٠٩ نشر فرويد اول حـالة من حالات الفزع توفر على دراستها دراسة تحليلية نفسية عميقة . وتعرف هذه الحالة بحالة (هانسالصغير) « Little Hans » وخلاصتها .. « .. ان هانس وعمره ٥ سنوات ، كان يخافمن الخيل الى حد الذعر والهرب. واذا سئل عن السبب اجاب بانه يخاف انتعضه . وقد تبين بنتيجة التحليل النفسي الذي اجراه فرويد على الطفل . ان هانس كان يكره والده كرها شديدا ، وانه كثيرا ما عبث بفكره التعدى على والده . غير انه ادرك خطر هــذه الرغبة لامن الناحية المعنوية بل من النـاحية المادية الجسمية . فقد كان هانس يشعر بان قيامه بالتعدى على والده سيعود عليه بأذى اعظم بالنظر للفارق العظيم في قوتيهما . ومن هذا الموقــف تولد صراع مؤلم

---

* لقد كان فرويد مهتما بشكل خاص بحالات الفوبيا . ويعزي ذلك الى انه كان يعـــاني في طفولته حالة من الفزع تصيبه اذا وجد نفسه في مكان واسع فسيح . وقد ظلت هذه الحالة تعاوده سنوات طويلة . كما كان فرويد غير متفائل من الفائدة في علاج هذه الحالات ، ولعله بذلك كان يعكس تجربته الشخصية لتعذر شفاءه من هذا المرض .

مخيف في ذهن هانس ، وكان من الطبيعي ان يحاول هانس الخلاص من فكرة التعدى على والده ليأمن من خوف اعظم . ومثل هـذا الخلاص لا يأتي الا عن طريق الكبت . ولكي يكون من الممكن الابقاء على هذا الخوف مكبوتا فلا بد من ربط الشعور الناجم عن خوفه من والده (وهذا الشعور تجربة داخلية) بموضوع (خارجي) هو الحصان . وبهذا اصبح الحصان « رمزا وبديلا خارجيا » تتعلق به بعض مشاعر القلق التي كان يثيرها والده « بالذات » في نفسه . ورأى فرويد في تبرير عملية الاستبدال هذه – اي بتحويل مصدر الخوف من موضوع «داخلي» هو الخوف من الاب الى شيء « خارجي » هو الخوف من الحصان – ان الخوف من المصدر الجديد اقل ايلاما وازعاجا للطفل ، ذلك لان خوف الطفل من والده حالة ملازمة للطفل ولا سبيل للهرب منها ، اما الخوف من البديل وهو الحصان فبالامكان تجنبه بالهرب منه . وهذا ما يحدث بالفعل في مرض الفوبيا .

النظريات السببية :

كما هو الحال في الامراض النفسية يوجد العديد من النظريات المفسرة لمـرض الفزع . وفيما يلي اختصار للمهم منها :–

١ – **النظرية النفسية** . وتقول بان العاطفة التي يتحسس بها بعض النـاس بسبب تجربة نفسية او صراع عاطفي ، قد تفيض في ايلامها عن قابلية الفرد على تحملهـــا او قبولها . ولهذا فهي تنفصل عن التزامها بالمصدر الداخلي المسبب لها في الاصل ، وتتصل من جديد بمصدر خارجي في محيط الفرد ، وبهذا يصبح المصدر الجديد « بديـلا » او « رمزا » للمصدر الاصلي . وعملية «الانفصال» والاستبدال هذه ، تتم بشكل تلقائي غير واع . وبهذا يصبح المصدر الخارجي الجديد له قابلية الاثارة فيبعث ظهوره العاطفة الاساسية من رعب او خـوف او قلق ، بينما يظل المصدر الداخـــلي الاساسي مغمورا ومكبوتا في « لا وعي » المريض . ومن الواضح للمريض نفسه في حالته الطبيعية ، وللآخرين الذين يعلمون بمخاوفه ، ان فزعه يزيد كثيرا على الحدود الاعتيادية للخوف . ولكن عندما تتم

عملية « اخـراج » المصدر الداخلي الاصيل وتعريته بوضوح في وعي المريض ، يتبين ان رد الفعل العاطفي من « فزع » يتناسب تماما مع ما يحمله هذا المصدر من تهديد للفرد او ما يتضمنه من صراع نفسي مؤلم له . هذا وكلما كان رد الفعل « الفزعي » الظاهري شديدا ، كلما كان في ذلك الدلالة على ان التهديد الأصـلي المكبوت والخفي شديدا ايضـا . وفي تبرير لجؤ العقـل الى مثل هذه العملية الاستبدالية يأخذ معظم الكتاب النفسانيون بنظرية فرويد التي اشير اليهـا في هذه المقدمة ، في ان الاستبـدال يمكن الانسان من تجنب المصدر الجديد او التهرب منه في حالة « الفزع » مما لا يتيسر في حالة الصراع المستديم في النفس. هذا وتؤكد النظرية النفسية ، بـان الوقت الذي يتم فيه هذا التحويل او الاستبدال ، بالاضافة الى ماهية الموضوع الخارجي الذي ترتبط به العاطفة المحولة ، سواء كان ذلك حصانا ام برقا ام طائرة ام حشرة ، امور لا تأتي عفوا او عرضا ، وانما تتقرر بشكل غير واع وبطرق مختلفة تستخدم فيها عمليات عقلية متعددة منها الرمزية ، فيكون الموضوع الخارجي رمزا لرغبات او دوافع نفسية غير واعية مثلها في ذلك مثل الرموز في الاحلام ، ومنها ايضا عملية « تبديل الهوية » وهي تهدف الى ان يكون الموضوع الخارجي بديلا « متسترا » لبعض المظاهر المخيفة والمرعبة في موضوع الصراع الاصيل .

٢ – **«نظرية الربط الشرطي»** وهي نظرية اتباع المدرسة البافلوفية. وتفسر هذه المدرسة حالات الفزع على انها حالات من الخوف من اشياء معينة ، وتأتي هذه الحالات نتيجة الارتباط الزمني او المكاني المتكرر بموضوع معين او اكثر وفي ظروف عاطفية تثير الخوف او القلق . وينتهي الامر بنسيان الفرد للظروف الاساسية المثيرة للخوف ، ويبقى تعلق الخوف بالمواضيع الجديدة التي ارتبطت بها تجربته المتكررة . واول من حاول تفسير الفزع على هذا الاساس الشرطي هو وطسون صاحب المدرسة السلوكية والذي كان اول من حاول اثبـات ذلك بشكل تجريبي علمي . وقد طبق تجربته على طفل يتيم صغير في الشهر الحـادي عشر من عمره يعرف باسم « البرت الصغير ». فقد كان هذا الطفل يحب الجراذين

البيضاء ويطيل اللعب معها الى ان جاء وطسون بتجربته التطبعية على هذا الطفل بالشكل التالي : كان وطسون يقف وراء الطفل وفي يديه قضيب من الحديد ومطرقة . فاذا قدمت الجراذين البيضاء الى البرت ، وعندما يهم بمد يده لتناولها ، يطرق وطسون قضيب الحديد محدثا صوتا عاليا مفاجئا . وبعد تكرار هذه العملية عدة مرات في مناسبات لاحقة لاحظ وطسون، ان تقديم الجراذين الى الطفل وبدون طرق الحديد كان يكفي لزحف الطفل بعيدا عن الجراذين بحالة من الرعب والفزع . كما لاحظ وطسون ان سلوك الطفل لم يستمر فترة قصيرة من الزمن وانما اصبح مظهرا سلوكيا ثابتا للطفل لمدة طويلة ، كما لاحظ ان ابتعاد الطفل ورعبه لم يقتصر على الجراذين البيضاء وانما شمل ايضا جميع الحيوانات ذات الجلد الفروي وجميع الفراء ، وحتى القطن وما شابهه من المواد. ان هذه النظرية المبنية على تجربة وطسون تظهر اكثر استيفاء للقواعد العلمية من نظرية فرويد النفسية . وقد دفعت تجربة وطسون الى الكثير من التجارب المماثلة في التطبيع والى محاولات علاجية مبنية على اسس مشابهة في ازالة التطبيع. وقد ادت هذه المحاولات العلاجية الى الشفاء في حالات كثيرة من الفزع، الامر الذي لم يحدث في معظم محاولات العلاج المبنية على التحليل النفسي .

٣ - **نظرية « الغرائز »** وهذه ترى بان الخوف هو احد الغرائز . ويدللون على ذلك بخوف الطفل الصغير الذي لا تجربة له من « الشعور بالسقوط » ومن « الصوت العالي » . ويرى انصار هذه المدرسة الغرائزية ان شدة الخوف او قلته تعتبر دليلا على قوة هذة الغريزة او ضعفها . ويمكن اعتبار هذا النوع من الخوف عاما في مثل هذا السن المبكر في الطفولة ويظل مثل هذا الخوف شائعا في السنوات الاولى من الطفولة وخاصة الخوف من الظلام ومن الكلاب ومن الموت ومن الضرر الجسمي . ومعظم هذه المخاوف التي تصل الى درجة الفزع ، لا تترك اثرا نفسيا دائما في الاطفال الا انها في بعض الحالات تكون اساسا تبنى عليه المخاوف « الفزعية » في سن لاحق من حياة الفرد .

ومع تعدد هذه النظريات الا انها لا تفسر تماما اسباب الفزع . وخاصة الفزع

الاكثر وقوعا مثل فزع الظلام. والكثير من حالات الفزع تعود بلا شك الى استعداد تكويني او غريزي، ويتعذر بذلك القيام بتحليليها نفسيا. على ان بعض حالات الفزع تحدث نتيجة لارتبـاط عاطفة الخوف الاولية بشيء معين حسب قواعد نظرية بافلوف الشرطية. ولعل تجارب وطسون عن مدى تأثير الاصوات على الاطفال الصغار تسند اهمية هذه النظرية في تفسير الكثير من حـالات الفزع. هذا وهنالك بعض الحـــالات التي يتبين فيها بان ردود فعل الوالدين او المجتمع بشكل عام بالنسبة الى الفزع من اشياء معينة قد يؤدي الى اكتساب الاطفال لها. ومع ما يبدو من اقناع منطقي للعمليات التي تضمنتها النظرية النفسية في اسباب وطرق حدوث الفزع كما وصفها فرويد في حالة «فزع» الطفل هانس من الحصان، الا انه يبدو ان هذه النظرية لا تفسر الاقلة من الحالات. ولعل هـذا يتضح عن صعوبة الحصول على الشفاء بطريقة التحليل النفسي وحتى بعد الوصول الى المصدر الاساسي للصراع العاطفي بهذه الطريقة. على ان هذه الحقيقة يجب ان لا تقلل من اهميـة العوامل النفسية في اثارة حالة الفزع او في استمرارها او في معالجتها.

المرض

الحالة المرضية كما جـــاء في التعريف تتصف بالشعور المفاجيء عند المريض بالخوف الشديد الذي يزيد كثيرا على العـامل المسبب له. وهذا الخوف يرتبط بشيء محدد معين يثير وجوده او ظهوره بالنسبة للمريض ردود فعـل نفسية وجسمية اشبه ما تكون بحالات الخوف او القلق، وردود الفعل هذه خارجة عن ارادة المريض، وهي بذلك مساوية لحالات القلق والافكار التسلطية التي تخرج ايضا عن ارادة المريض. والفرق بينهما ان القلق يأتي من مصدر غـير واضح، والافكار التسلطية قد تأتي بدون توفر مصدر مثير لها، اما «الفزع» فيتصل دائما بمصدر واضح معين يرد الفزع اليه ويسمى باسمه. على انه توجد حـالات معينة يصعب التفريق الكلي فيها بين ما هو قلق او فكر تسلطي او فزع بالنظر الى تشابه الردود الشعورية النفسية والجسمية للمريض في كل منها. وفيما يـلي بعض حالات الفزع الكثيرة الوقوع : —

(١) فزع العلو (٢) فزع الفلاة (٣) فزع الماء (٤) فزع البرق (٥) فزع الرعد (٦) فزع الاغلاق (الحصر) (٧) فزع النار (٨) فزع الظلمة (٩) فزع النـاس (١٠) فزع الجراثيم (١١) فزع الكلاب (١٢) فزع القطط .

وهناك الى جانب هذه الحالات من الفزع مواضيع شتى يمكن ان يرتبط بها فزع المريض ومنها الفزع من — الموت والمرض ، والجنون ، السفر ، الطائرة ، الوحدة ، الغضب ، الجدل ، الحمي ، الدم ، السكاكين ، الازهـار ، عدد او اعداد معينة ، السموم ، العلاقة الجنسية ، القطارات ، الحرب ، الرجـال ، النساء ، الطيور ، الازدحام ، المظاهر الكونية ، الكسوف ، الخسوف ، المرض ، حقن الابرة ، الاطبـاء ، الوحدة ، السرطان ، الذبحة الصدرية ، الشلل ، الكوليرا ، التهاب السحايا الخ .. هذا ومن الممكن للمريض الواحد ان يعاني الفزع من اكثر من موضوع من المواضيع الانفة الذكر في وقت واحد او اوقات مختلفة فيفزع مثـلا من السفر ومن الطائرة ومن العلو ، او يفزع من المـوت والمرض والسرطان او من الماء والنار او من الليل والحصر والوحدة في آن واحد .

والحالة التالية لاحد المرضى تعطي ايضاحا لكثير من النقاط التي اشير اليها حتى الآن لهذا اوردها بشيء من التفصيل .

الحالة الاولى — « شاب في حوالي الثلاثين من عمره ، ثقافته جامعية ، غير متزوج ، راجعني العديد من المرات في خلال السنوات الست الاخيرة . وقد افاد في زيارته الاولى بانه يصـاب بالفزع اذا سار او ركب السيارة لوحدة . ولهذا السبب جاءني مع امه . وفي حالة تعرضه اضطرارا للسير او ركوب السيارة لوحدة فسرعان ما يصاب بالخفقان وبتوتر في الرأس وبالشعور كانما سيقع ، وبأن الحال اذا استمرت معه فانه سيفقد وعيه او يموت . وذكر ان التجربة الاولى من هذا الفزع جاءته وهو في وسط ازدحام شديد من الناس سعى اليه مع اخيه للتفرج . وفي غمرة هذا الازدحام شعر فجأة بان قلبه يدق بسرعة واصابه الصداع .. وسرعان ما تملكه الخوف الشديد ، وانه سيموت اذا لم يستطع الوصول الى الطبيب . وكان همه الوحيد ان يخلص من هذا الازدحام .. وبمحاولات تشبه الفرار من الموت استطاع مع اخيه ان يخلص الى شارع هادىء . وبوصوله اليه عاد اليه الكثير من هدوءه واطمئنانه . من ذلك الحين فهو يتجنب الازدحـام . على ان فزعه امتد الى ظروف اخرى ، فصار يخاف من السفر بالطائرة او القطار او السيارة . وتعليله لذلك انه يخشى من انه قد لا يستطيع الوصول الى الطبيب اذا تملكته حالة من حالات الفزع كالتي عاناها في الازدحام

وانذرته بالموت . وبالعلاج خفت حدة جميع هذه المخاوف واصبح في مقدوره السفر والتعرض للازدحام بدون رد فعل شديد . على ان حالة جديدة قد برزت له في الاشهر الاخيرة وهي خوفه من الانزعاج والانفعال ، فكلما انزعج او انفعل ، اصيب بالخفقان وتوتر الرأس والشعور بعدم الارتياح ، مع توقع حدوث ذبحة صدرية في قلبه . وقد تبين ان لظهور هذا الفزع الجديد علاقة بوفـــاة احد اقاربه بالذبحة الصدرية قبل سنة . وفي زيارة حديثة العهد للمريض جـــاءني مسرعا يسيطر الفزع على احساسه،وقد جاءه الخوف لانه صادف قبلدقائق معدودة وهو يمشي في الطريق احد اصدقاءه الذي اصيب بذبحة صدرية اقعدته الفراش شهرين . هذا والمريض يخـــاف الان الى جانب الذبحة الصدرية من الانهيار العصبي . ولما سئل المريض اذا كان بالفعل يؤمن بانه سيصاب مما يخاف منه اجاب بانه يشعر بانه يمر في ازمة ، وان الازمة ستنقضي بعد فترة ، على انه اثناء الحالة يتملكه الفزع والقناعة بانه سيصـــاب بما يخاف . وفي بيـــان الوضع العائلي عرض المريض وضعا صريحا للحالة الصحية لافراد العائلة ومنه يتبين بان والدته مصـــابة بالوهم المرضي المزمن منذ سنوات طويلة وانه واخوته نشأوا في جو مشبـع بهذه الوسواس ، كما ان اربعة من اخوته واخواته مصابون بحالات مماثلة من الفزع تزيد او تقل في البعض عن حالته » .

هذهالحالة تبين نشؤ حالة الفزع وامكانية تطورها وارتباطها بمواضيع شتى اذا كانت هذه المواضيـع تخدم غرض التدليل على الخطر الذي يهدد المريض . كما تدلل هذه الحالة علىان اختيارالموضوع الذييرتبط فيه الفزعقد يأتيبناء علىتجربة او ظروف معينة ،وبان الفزع اذا تملك المريض فهو اشبه بالفكر التسلطي الذي لا يقوى الخلاص منه الا بالفرار منه ، كما ان الحـــالة تؤكد اهمية الاستعداد الوراثي والجو البيتي في تهيئة المريض للاصابة بحالة الفزع فيما لو تهيأت ظروف اخرى مناسبة لاحداث الحالة المرضية .

الحالة الثانية — وهي حـــالة تدلل على اهمية العامل النفسي في تكوين الفزع وفي اثارته : —

« شاب في الخامسة والثلاثين من عمره متزوج ويعمل موظفا في احدى المصالح الحكومية . جاء يشكو من الخوف الذي ينتابه اثناء تناول الطعام مما يؤدي الى تعذر نزول الطعام من بلعومه الى المعدة ويصاحب هذا الخوف شعور بالاختنـــاق وتشوف الموت . وقد ادى تكرر مثل هذه الحالة الى امتناعه عن الطعام وامتد فزعه بعد ذلك الى مجرد رؤية الطعـــام او المرور باحدى المطاعم فقد كان ذلك كافيا لشعوره بالفزع مع توقعه الاختناق.وقد تبين بوسيلة الاستقصاء النفسي لظروف المريض بانه متهم بالرشوة ، وان القضية معلقة ، وعلى اثر ذلك بـــدأت نوبات الفزع تنتابه. كما تبين بتحليل اعمق لتجاربه النفسية السابقةبانهفيصغره غصوهو يأكلالسمكلاستقرار

عظمة في حلقه ، وانه كما قالت جدته وهي تذكره بالحادث بين الحين والاخر منذ طفولته ، قد اشرف على الموت من انقطاع نفسه الى ان استخرجت العظمة. من ربط حالة المريض الفزعية الان وتجربته السابقة في طفولته وظروفه الراهنة المثيرة للقلق بسبب التهمة الملصقة به ، يمكن الاستنتاج بان القلق الذي تعرض اليه قد استفاد من تجربته السابقة بالاختناق والغصة في طفولته ولهذا كان من الاسهل حدوث « فزع الطعام » من اي شيء آخر ... »

والحالة الثالثة التالية ـ تبين ان من الممكن لمصدر الفزع ان يكون فكرة او احساسا داخليا منبعثا من كيان الفرد وليس من محيطه ، كما انها تبين الصلة الوثيقه بين حالات القلق وحالات الفزع فنجد ان اعراض القلق تصبح نفسها مصدرا للفزع . ـ

الحالة الثالثة ـ « شاب في الثلاثين متزوج وثقافته جامعية لم يصب في السابق بأي علة جسمية مهمة او مرض نفسي . شعر يوما بعد ان ارتقى الدرج بسرعة بخفقان في القلب واسراع في دقاته ، وقد اخافته هذه التجربة الجديدة الطارئة وتوجه مباشرة الى الطبيب الذي اكد له سلامة قلبه واعطاه مهدئا . غير ان حالة الخفقان عاودته بدون جهد بعد ثلاثة اشهر وتكرر ذلك عدة مرات وفي كل مرة يبدأ الخفقان ويثير في نفسه حالة من الذعر والفزع والخوف من الموت .

الحالة الرابعة ـ وهي حالة شاب في الخامسة والعشرين يشكو من الفزع الشديد من عبور الجسر بأي وسيلة كانت مما يجعله يحاذر العبور من ناحية من المدينة الى الناحية الاخرى ، كما انه يشعر بالرهبه والرعب عند سماعة دق الطبول باي شكل كان وبأي مناسبة . وقد تبين من استقصاء تجاربه السابقة انه في طفولته اصيب بالخوف الشديد عندما رأى ساحرا يدق الطبل ، ومن ذلك الحين نشأ في نفسه شعور الخوف من دق الطبول. اما عبوره للجسر فقد نجم عن ادراكه في صغره بان عبوره الجسر في اتجاه معين سيقربه الى ناحية الساحر وطبله ، وبمرور الزمن نسيت تجربة الساحر ولم يبقى في ذهني الشاب الا الخوف من صوت الطبل والارتباطات الذهنية المتعلقة بذلك.

وهذه الحالة تؤيد النظرية الشرطية في نشؤ الفزع . والى جانب هذه الامثلة امثلة كثيرة من الفزع بدرجات متفاوتة من الشدة. ومنها ما يظل مرتبطا بشيء ثابت معين ، ومنها ما يتداول من موضوع الى آخر كما هو الحال في الفزع من الامراض ، فكثيرا ما يتجه خوف المريض الى مرض بعد آخر حسب تجربته الآنيه . وكثيرا ما يتقرر ذلك باكثر الامراض ترددا على السنة الناس كالسرطان او الذبحة الصدرية او احد الامراض الوبائية الوافدة كالكوليرا مثلا .

معظم حالات الفزع التي تشاهد في الطفولة ، وهي كثيرة ، كالخوف من الظلام والحشرات والدم والحيوانات ، هي حالات فزعية عابرة تزول مع نمو الطفل. ولا شك ان لحسن او لسؤ تدبير الآباء والامهات، الاثر الكبير في زوال هذه الحالات او استقرارها وتطورها. على انبعض الحالات تظل الى سن الكبر، وبعضها يختتفي مدة من الزمن ليعود من جديد على حالته الاولى، اوبشكل جديد، اما تلقائيا وبدون توفر سبب ظاهر ، واما كرد فعل لظروف متعددة تساهم كلها في بعث حالة الفزع من جديد . وفي بعض المرضى قد تزول حالة الفزع لتحل محلها حالة نفسيه اخرى مثل القلق او الكآبة او غيرهما . وتفسير اصحاب النظريات النفسانية لهذه الظاهرة، ان الفزع يكون وسيلة من وسائل الدفاع النفسي. فاذا ما زال هذا الدفاع لسبب من الاسباب ، اوجب ذلك اعادة اقامة التوازن النفسي بتحويل الطاقة الدفاعية الى حالة مرضية اخرى تخدم عين الغرض . ومهما كان التعليل الصحيح لهذه الظاهرة فهي ظاهرة كثيرة الوقوع بين المرضى الذين يصابون بحالات نفسية متعددة في اوقات مختلفة. واخيرا يمكن القول بان غالبية حالات الفزع تزول نهائيا مع مرور الزمن . واذا ظلت فكرتها تراود الفرد بين حين وآخر (كما كان الحال مع فرويد نفسه) فانها لا تثير رد فعل من الخوف الشديد او الفزع ، ذلك لان المريض يدرك بالتجربة المتكررة بان لا خطر عليه من الذي كان يخشاه ويدفع به للهرب أو الفزع .

العلاج

ان اهم الحقائق المتعلقة بعلاج هذا المرض هي صعوبة العلاج . فوسائل المعالجة المختلفة لا تؤدي في معظم الحالات الى اي شفاء حاسم . ويدعى انصار المدرسة التحليلية النفسية بان وسيلة التحليل النفسي هي اكثر الطرق فائدة في الوصول الى نتيجة ايجابية في العلاج. على انهم يؤكدون بان الوصول الى مثل هذه النتيجة يتطلب عدة سنوات من المواظبة على العلاج النفسي . ورأى من لا يؤمن كثيرا بهذا النوع

المطول من العلاج ، ان الفائدة الحاصلة للمريض بعد هذه السنين من المعالجة هي بسبب طبيعة المرض الذي يتجه تلقائيا نحو الزوال مع مرور الزمن وليس بسبب الوسيلة النفسية في العلاج . على انه مما لا شك فيه ان نوعا مبسطا مختصرا من التحليل والعلاج النفسي ، هو الاكثر مناسبة للكثرة العظمى من المرضى كما هو الحال في الامراض النفسية الاخرى . وبالاضافة الى ما تقدم فهنالك اتجاهين متضادين في العلاج العملي لحالات الفزع : الاول ، يستهدف عدم تعريض المريض الى مصدر فزعه ، وتعليل صواب هذا الراي هو ان في ابعاد المريض عن الموضوع المثير للفزع ما يقلل من الالحاح في القلق المصاحب له ، هذا الالحاح الذي يساعد في استمرار حالة الفزع . ولا شك ان لهذا الاتجاه فائدة علاجية ايجابية خاصة في الحالات الحديثة العهد والحادة في طبيعتها . اما الاتجاه الثاني فيهدف الى اجراء عملية من التلاقي في ظروف مناسبة بين المريض ومصدر فزعه ، ثم في تكرار ذلك . وهذه الطريقة تطبق عمليا نظريات بافلوف في الارتباط الشرطي . ولهذه الطريقة ، اذا اتبعت بحذر ودراية فائدة كبرى في علاج حالات الفزع في الاطفال بشكل خاص . هذا ولا توجد فائدة عظيمة من استعمال العلاجات العقاقيرية ، على انها تستعمل كثيرا للتخفيف من حدة القلق المصاحب لحالة الفزع او التالي لها ، كما تستعمل لتفادي الفزع عند توقعه في ظروف معينة لا بد منها كركوب الطائرة ، او عبور النهر ، او زيارة المستشفى ، او الصعود الى بناية عالية وغيرها من الحالات التي قد لا يكون بالامكان تجنبها مطلقا في حياة المصاب بالفزع .

الهستيريا

Hysteria

مقدمة

مرض الهستيريا ليس باكثر الامراض النفسية وقوعا ، فنسبة حدوثه بين المرضى باشكاله المختلفة لا تزيد على عشرة في المئة من جميع الحالات المرضية النفسية ، ومع ذلك فان لهذه الحالة المرضية اهميتها القصوى في تطور مفهوم الامراض النفسية عبر العصور ، وهي الى جانب ذلك اكثر هذه الامراض نفسانية ، وفي بعض اشكالها اكثر حيرة وطرافة . ولهذه الاسباب وجدت من المفيد ان اوليها قدرا اكبر من التفصيل والبحث التاريخي والطبي .

★

عرف مرض الهستيريا ووصفت اعراضه وعينت اسبابه وطرق معالجته منذ قرون بعيدة في القدم . واستعمل اليونانيون لفظة « هستيريا Hysteria » للدلالة على هذه الحالة المرضية . وهذه لفظة مشتقة من كلمة « هسترا Hystra » ومعناها « بيت الرحم » . وفي هذه التسمية دلالة على الصلة بين هذه الحالة المرضية وبين الرحم في مفهوم الطب اليوناني القديم ، كما ان فيها الحصر لهذا المرض بالنساء دون الرجال ، وفيها ايضا بعض التضمين السببي للعامل الجنسي او التناسلي في احداث هذه الحالة المرضية . فابقراط Hippocrates تقدم بنظرية الرحم ، وكان يعتقد بانه « حيوان » ، وان التشنجات المرضية مردها ان الرحم بسبب الجفاف الذي يلاقيه في مكانه الطبيعي لنقص السائل المنوي ، فانه يترك موضعه ، ويهيم متنقلا في الجوف البطني بحثا عن الرطوبة . وجاء افلاطون بنظرية مماثلة اكدت حيوانية الرحم ، ورأى بان الرحم يحب الاطفال ، فاذا ظلت الفتاة عانسا مدة طويلة بعد البلوغ ، او بقيت زمنا طويلا وهي عاقر ، فان الرحم لا يحتمل الصبر ، فيهجر مكانه الى مواطن اخرى في الجسم . اما « جالينوس Galen »

فكان يعتقد بان الرحم لا يهيم من مكانه كحيوان ، وانما يهيج بسبب الاحتقان الناجم عن انحصار العصارة فيه ، وبسبب هذا التهيج تحدث التشنجات المرضية. وقد كان من الطبيعي بسبب هذه النظريات ان يقتصر تشخيص هذا المرض على النساء فقط، كما كان من الطبيعي ان يتقدم القدامي من اطباء وخاصة وعامة بالنصح لاهل المريضة بضرورة الزواج وانجاب الاطفال حسما للمرض . وما زلنا حتى يومنا هذا نجد بعض آثار هذا الاجتهاد في تعليل اسباب المرض عند عامة الناس ، كما اننا نجد بعض آثاره العلاجية حتى في اجتهاد بعض الاطباء الذين يصفون الزواج بدون احتراز كعلاج للمرض . هذا ونحن ندرك اليوم ، بأن مرض الهستيريا غير مقصور على الاناث ، فهو يصيب الذكور ايضا ولو بنسبة اقل عددا، كما اننا نعلم بان الرحم لا علاقة سببية له بهذا المرض، ثم ان الاساس الجنسي ليس باكثر الاسباب المؤدية له ، فهنالك دوافع سببية اخرى كثيرة ، ثم ان الزواج ليس بالعلاج السهل الشافي ،وهو وان افاد في بعض الحالات المعينة ، فهو عديم الجدوى في الكثير غيرها ، وقد يؤدي الى تزايد الحـــالة المرضية واستمرارها في بعض الحالات . وقد ساد هذا الاتجاه الخاطيء في تعليل اسباب المرض التفكير الطبي والفلسفي واللاهوتي عصورا طويلة تلت العصر اليوناني الذي اشرنا اليه ، فالطبيب الروماني المشهور ارتيوس Aretaeus اتفق مع من سبقه من الاطباء اليونانيين من ان الهستيريا ناتجة عن شرود الرحم من مكانه ، واضاف بانه يرتفع من مكانه فجأة ويضغط على الامعاء مما يؤدي الى الاختناق ، وهذا يؤدي الى ثقل في الرأس وفقدان الاحساس. وفي العصور التي تلت عصر الرومان في اوربا وحتى مطلع فجر النهضة العلمية والطبية الحديثة ، كان الاعتقاد السائد هو ان الهستيريا تنجم عن امتلاك الجسم الانساني بروح شيطانية. ولعل التعبيرات المتداولة بين عامة الناس مثل« مأخوذ » و « مسكون »، هي من بقايا معتقدات قديمة مماثلة في تاريخ الطب العربي . وقد عزى الى هذه الارواح الشيطانية القدرة على تحريك الرحم ونقله الى اماكن مختلفة في الجسم. وفي القرون الميلادية العشرة الاولى ، كان الاتجاة في المعالجة يرمي الى تخليص المريض من الشيطان بوسائل

الرقة واللطف بالتوسل والدعـــاء والطقوس المختلفة واستعمال الحروز والتمائم وغيرها من وسائل الاغراء للشيطان بترك الجسم الذي استوطنه. وما تزال هذه الطقوس تمارس من قبل الكثيرين من ادعياء الطبيب حتى يومنا هذا . وادعـاء البعض بفائدة مثل هذه الوسائل في شفاء حالات معينة قد استغل لاسناد نظريات التسبيب التي لا اساس علمي لها . وما النجاح الذي يروى في معالجة بعض حالات هذا المرض الا بسبب الايحاء النفسي ، لما لهؤلاء المرضى من قابلية شديدة للايحاء بتاثير الغير . وفي العصور الوسطى التي ساد فيها ظلام المدنية القارة الاوربية ، تغيرت النظرة الى المرضى المصابين بمرض الهستيريا ، فأخذ اهل الراي ، وخاصة الكهنة ، يمارسون التعذيب والحرق للمصابين بهذا المرض ، وكان هـذا الاتجاه الصارم في المعاملة مبنيا على الاجتهـاد بان المريض من السحرة ، وانه لا بد من تعذيبه او حتى حرقة لتخليصه من ربقة التملك من الشيطـان . وتعتبر هذه الفترة التي سادت اوربا اشد فترة في تاريخ الطب ، على انه يجدر التأكيد بان هذه لم تخلو من محاولات عارضت هذا الاتجاه المؤلم في المعاملة . هذا في اوربا اما في الشرق ، فقد اتسم اسلوب العلاج في الحضارة العربية والاسلامية في تلك الفترة بالذات باتجاهات علمية وانسانية يحق لنـــا ان نتأملها اليوم بكثير من القناعة والفخر .

وفي اواخر القرن الماضي حـدث تقدم جديد يعتبر معلما في تأريخ تطور الفكر الطبي . ففي تلك السنة والسنوات القليلة التي تلتها ، اهتم الطبيب الفرنسي المشهور « جين شاركو Charcot » بدراسته المرضى المصـابين بالهستيريا . وقد استطاع ان يحدث اعراض المرض بطريقة الايحاء . وبهذا استطاع شاركو ان يثبت الاساس النفسي لمرض الهستيريا لاول مرة في تاريخ الطب ، على حد تعبير فرويد . على ان شاركو قد اوقع نفسه في خطأ جسيم بعد ذلك ، اذ انه ذهب الى الاعتقاد بان للمبيض في المرأة علاقة بهذا المرض ، وانه بالامكان ايقاف النوبة الهستيرية في المريضة اذا ما ضغط بقوة على منطقة المبيض في اسفل البطن . وقد كان من نتيجة هذا الاعتقاد ان لجأ الاطباء في اواخر القرن التاسع عشر ومطلع

القرن الشرين الى اجراء عمليات جراحية لاستئصال المبيض او الرحم في المرأة .
على ان الاتجاه النفسي الثابت في تفسير الحالة الهستيرية قد بدأه فرويد وزميله بروير Breuer في رسالتهما المشهورة عام ١٨٩٥ . وفي هذه الرسالة وصفا حالة فتاة مصابة بالهستيريا . ففي جلسة تنويم مغناطيسي استعادت الفتاة ذكرى حادثة سابقة غمرهاالنسيان . وفي اثناء استعادتها لوقـائع هذه الحادثة اظهرت انفعالا عاطفيا صاخبا، وبانتهاء الانفعال انحسرت عنها اعراض مرض الهستيريا، وعادت الى حالتها الطبيعية . ولما تأمل فرويد وقائع هذه الحالة ، خلص الى فكرة وجود ما سماه « باللاوعي » كما أستنتج وحود عملية « الكبت » وان العواطف المتصلة بالتجارب المكبوتة والمنسية ، يمكن لهـــا ان تؤثر في سلوك المريض وانفعالاته الحالية . وملاحظات فرويد والنظريات التي ادت اليهـــا ، اعتبرت وقتئذ ثورية في جدتها واتجاهاتها ، وهي في مجموعها ما زالت حتى يومنا هذا مقبولة بشكل واسع لدى المعنيين بعـلم النفس والطب النفساني وخاصة من اصحاب المدرسة التحليلية .

ان معظم الاطباء يتفقون على تشخيص الحالات المرضية التي تقع تحت تسمية « الهستيريا » . غير ان الاتفاق غير وثيق عند محاولتهم تعريف المرض .ومعظم الصعوبة في الاتفاق على التعريف ناتجة عن نقطتين اساسيتين. اولهما توفر او عدم توفر الدافع الظاهر للحالة المرضية ، والثاني مدى وعي المريض لهذا الدافع . فمن المؤلفين من يقصر المرض على من توفر لديهم الدافـع للمرض ، ومنهم من يشمل تحت لواء المرض حالات اخرى لا يبدو فيها توفر مثل هذا الدافع . مثل ذلك حالات فقدان الذاكرة بعد التعرض للصدمة، وحالات الاغماء او انفصال الوعي عند مجابهة خطر مفاجيء داهم ، وهي حالات هستيرية لا يتوفر فيهـا عامل الدافع المستمد من الرغبة في الحصول على فائدة او منفعة . والعامل الثاني مدار الخلاف ، هو مدى وعي المريض للدافع الذي يحرك الانفعال المرضي. فالمفروض طبقا لمفهوم عملية الكبت واللاوعي، أن يكون هذا الدافع مجهولا عند المريض، والا كانت الحـــالة المرضية تقليدا مفتعـلا للمرض . ويرى بعض العلمـاء ان

المجهولية الكاملة للدافع للمرض غير لازمة ، فكثيرا ما يظهر التحليل النفسي بان الدافع النفسي الخفي للمرض هو عينه الدافع الظاهر الناجم عن المشكلة النفسيه التي يعيها المريض عن نفسه . على ان الامر الذي لا جدل فيه ، هو ان الطريقة التي يتم بواسطتها تحويل الدافع النفسي إلى اعراض مرضية (مهما كانت درجة وعي المريض لهـــذا الوعي) هي طريقة غير واعية كليا ، ولا سيطرة ارادية للمريض على اتجاه التحويل او نوعيته، كما انه ليس في مقدوره الارادي ان يمنعه او يزيله بعد حدوثه . ومن البديهي ان يكون وعي المريض للرغبة في المرض متوفرا الى حد ما في بعض الحالات ذلك لان درجات الوعي متصلة وليست منفصلة الا في حالات فقدان الوعي ، ثم ان مريض الهستيريا يسيل وعيه بسهولة بين الخيال والواقع ، ويستسلم بسرعة من ايحاء الغير او ايحاء النفس الذاتي الى ما يمليه الخيال او الواقع او ما بينهما من التحسس بالوجود . ولهذا يصعب التقدير فيما اذا كانت الرغبة الدافعة للمرض واعية او غير واعية كليـا .

تعريف الهستيريا :

الهستيريا مرض من الامراض النفسية يقع عادة في اولئك الذين يتصفون بخصائص شخصية معينة تعرف بخصائص الشخصية الهستيرية . وفي هذا المرض تتحول (او تنقلب) رغبة الفرد في الحصول على فائدة او منفعة من موقف ما ، الى اعراض مرضية بسبب تعذر الحصول عليها عن اي طريق طبيعي آخر . هذا وتكون الرغبة في تحويل الرغبة الى المرض ، وطريقة التحويل واختيار اعراض المرض ، كلها غير واعية في ذهن المريض وارادته .

ان معظم حالات مرض الهستيريـا تقع في اولئك الذين عرفوا بشخصيتهم الهستيرية لمدة طويلة قبل الوقوع بالمرض . وتظهر هذه الخصائص عادة في وقت مبكر وربما ظهرت علاماتها في سن الطفولة . على ان من الممكن للمرض ان يحدث في فرد لم تتوفر فيه الخصائص الواضحة للشخصية الهستيرية . كما إنه ليس من الضروري

ان يصاب بهـذا المرض كل من اتصف في حياته بمظاهر الشخصية الهستيرية ، وهي: الانانية، وحب الذات ، وتأمل النفس ، وحب الظهور، و جلب الانتباه، والرغبـــة في الحصول على قدر اوفر واكبر من عطف الغير وحبهم وتقديرهم ورعايتهم ، والتواكل العاطفي ، وعدم تحمل المسؤولية ودفعها الى الغير ، وعدم اكتمـال النمو العاطفي بشكل عـام ، والنمو العاطفي الجنسي بشكل خاص ، والسرعة الايحـــائية ، التي تجعل الفرد يتأثر بسرعة بآراء الاخرين واعمـالهم واقوالهم . ومع ان مرض الهستيريا ، كالشخصية الهستيرية ، يقع في الجنسين ، الا انه اكثر وقوعا في الاناث منه في الذكور . كما يكثر وقوعه في فترة البلوغ والمراهقة والعقد الذي يلي هذه الفترة ، ويقل حدوثه تدريجيا بعد ذلك . وقل ان تشاهد حالات الهستيريـــا بعد سن الاربعين الا في ظروف شديدة وطارئة . هذا ولا يندر حدوث الهستيريا في الاطفال ، ووقوع المرض في هذا السن نذير باستمراره في الكبر . وعلى خلاف ما قد يتبادر للذهن فان المرض يكثر قبل الزواج ، كما يكثر بعد الزواج ايضا ، وان كان وقوعه اقـل في الاحوال الاخيرة . هذا وهنالك من الاحصائيات والملاحظات التي تفيد بانه اكثر وقوعا في العوانس منه في غيرهن ممن لم يفت عليهن الحظ في الزواج .

ان رغبة الفرد المصاب بالهستيريا في الحصول على فائدة او منفعة من موقف معين او من مصدر معين ، هي اكثر وضوحا والحاحا منها في الشخص الاعتيادي ، كما ان تلبيتها اكثر اهمية بالنسبة له منها في حياة الاخرين. ولما كان يتعذر على صاحب الشخصية الهستيرية الحصول على ما يريد بالطرق الطبيعية والمعتادة ، اما لتقصيره في السعي الواقعي لبلوغ ذلك ، وامـا لان ما يتطلبه من اهتمام الناس وعطفهم يزيد كثيرا على القدر الطبيعي الممكن، لهذا فلا بد له من اللجوء الى وسائل اخرى تمكنه من الحصول على ما يريد. ويتيسر له ذلك بتحويل الرغبة الى اعراض مرضية تستدعي الانتباه وتثير الاهتمام وتستجلب العطف والحب ، او تبرر ما يقوم به من التصرف والسلوك . واكثر الرغبات التي يسعى المريض الى تلبيتها ، هي الحصول على حب وتقـدير فرد او اكثر يهم المريض التوصـل الى حبهم

وتقديرهم . من اجـل ذلك تبدأ الحالة المرضية عـــادة في حضورهم ، او توقع حضورهم ، كما انهـا قد تزيد في مثل هذه الحالات . ولا يقتصر الدافع للمرض على مجرد الحصول على الحب والعطف ، وانما نجده ايضا في رغبة الفرد في تجنب موقف او ظرف ما ، كالدراسة او الامتحان او الزواج او الجندية ، او دفعـا للمسؤولية عن القيام بعمل او جريمة . كما ان الدافع له قد يتوفر في رغبة الفرد في تجنب حـــالة تثير الخوف او الالم ، كما يحدث عند تعرض بعض الناس للظروف المفزعة او عند وفاة احد افراد العائلة او الاقرباء ، او في حالة اصابتهم بحادث او مرض . وفي الحـــالتين فان المرض الهستيري يضمن للفرد اقل قدر ممكن من التحسس بالاذى ويجنبه الشعور بالالم .

ان الرغبة في الحصول على المنفعة من المرض غير واعية كليا بالنسبة للمريض ، وان كان المريض يعي في نفسه الحاجة للحصول على المزيـد من العطف والحب والاهتمام والتقدير . ثم ان تحويل هذه الرغبة الى عارض مرضي لا يتم بناء على ارادة المريض الواعية ، وان كان المريض اكثر من غيره ادراكا لما يجلبه المرض من انتباه الناس واهتمامهم وما يحققه من عطف ومواساة للمريض . اما الصورة التي يأتي عليها المريض، فهي ايضا ليست خاضعة لارادة المريض ، غير اننا نجـد ان هذه الصورة مطابقة لانطباعات المريض ومعرفته السابقة بحالة مرضية مماثلة او باعراض مرضية مماثلة سمعها من الناس او اطلع عليها في الكتب او المجلات او وسائل الاعلام الاخرى . ولهذا نجد ان اعراض الحالة المرضية والصورة التي تأتي عليهـا تتناسب مع تجربة المريض وثقافته الطبية ، فكلما قلت تجربته وثقافته كلما جـاء المريض صارخا في مظاهره ، بعيدا عن مطابقته للامراض الفعلية . وكلما زادت تجربة المريض وثقافتـه الطبية واتصاله بالمرضى ، (كما هو الحال في الاطباء والممرضات والممرضين) ، كلمـــا دقت صورة المرض ، واقتربت من الامراض الفعلية في علاماتهـــا ، وفي بعض الحـالات قد يكون التقارب والشبه الى الحد الذي يصعب فيه التفريق بينهما .

اسباب المرض الهستيري

اعطيت نظريات مختلفة لتفسير مرض الهستيريا ونلخص هذه النظريات باختصار فيما يلي : —

نظرية فرويد — يرى فرويد ان اعراض مرض الهستيريا هي رمز الذاكرة لانطباعات او تجارب صادمة Traumatic في تاريخ حياة المريض ، وان هذه الاعراض المرضية تخدم غرض التعويض على النفس خشية من عودة هذه التجارب السابقة والمنسية ، والتي يكون في عودتها للذاكرة ايذاء صادما للنفس. وكان يرى في هذه الاعراض ايضا وسيلة للتعبير عن حاجة في النفس ، وفيها تحقيق لرغبة غير واعية ، وانها تخدم غرض الارضاء الجنسي ، وانها ترمز الى جزء من حياة الفرد الجنسية . وفي بعض الحالات تعتبر الحالة الهستيرية معادلة الى عودة الفرد الى ارضاء غريزته الجنسية بالطريقة الممكنة في الطفولة ، ولما كانت مثل هذه الطريق ممتنعة على الفرد في الكبر ، فلا بد من التمويه باللجؤ الى الاعراض المرضية الهستيرية للتعبير عنها . واخيرا فان فرويد كان يرى في بعض اعراض الهستيريا حلا وسطا بين عاطفتين او دافعين ، الاول يهدف الى تحقيق دافع الكيان الجنسي للفرد ، والثاني يهدف الى اخماد هذا الدافع وكبحه Suppression .

ومع ان فرويد كما هو واضح قد اكد على الناحية الجنسية في مرض الهستيريا اكثر من تأكيده على اهمية هذه الناحية في اي مرض آخر ، الا انه ادرك ايضا ان مرض الهستيريا قد يحدث بسبب اثارات غير واعية وغير جنسية ايضا .

النظرية التحولية او الانقلابية Conversion

وهذه النظرية مشابهة للنظرية السابقة . وتفيد النظرية ان القلق او الصراع النفسي بدلا من ان يعانيه الانسان على حقيقته ، وهو امر لا يحتمل ، فانه ينقلب او يتغير او يتحول الى اعراض اضطراب وظيفي في الجسم وفي المجال النفسي .

وهذه الاعراض المرضية تخدم الاغراض التالية : (اولا) تمنع او تقلل من الشعور الواعي بالقلق (ثانيا)ان هذا التفاعل التحولي او الانقلابي الجديد يلاقي ارتياحا لدى المريض ذلك لانه يكسبه منـــافع جديدة يجلب الاهتمام والحب والرعاية والتقدير له . كما انه ، اي التفاعل المرضي ، يعطيه فائدة تجنب المسؤولية عن عمل قام به ، او اخفق في القيام به ، او لا رغبة له فيه .

نظرية الايحاء . يرى بعض العلماء ومنهم بابنسكي Babinski ، ان المرض هو بكليته نتيجة الايحــاء ، وانه يشفي بالايحاء ، وهم يعتبرون الهستيريا والايحاء امرين مترادفين لا فرق بينهما . وهنالك بعض الصحة في مثل هذا الرأي بالنظر للقابلية العظيمة لتقبل الايحاء والتأثير الخارجي التي يتمتع بها اصحاب الشخصية الهستيرية والمصابون بمرض الهستيريا .

نظرية الارادة المرضية – وهي تؤكد على ان شخصية المريض بالهستيريا هي شخصية غير طبيعية . فبدلا من ان يكتفي الواحد بقابليـــاته ومؤهلاته وبوسائل المعيشة المعينة له ، فانه اي صاحب الشخصية الهستيرية ، يشعر بالحاجة الى ان يظهر في عين نفسه وفي عيون الناس باكثر واعظم مما هو عليه في الواقع ، وان يجرب في الحياة ويأخذ منها اكثر مما يستطيع تجربته وما يقوى على اخذه. وبسبب ذلك فان هنالك ارادة غـير واعية تدفعه ان يستبدل الحياة الطبيعية الواقعية بنمط آخر اصطناعي دراماتيكي وغير واقعي من الحياة . والمرض في هذه النظرية ، ما هو الا تعبير عن ارضاء رغبة لا يمكن تيسيرها الا بالهرب من الواقع واللجوء الى المرض .

وهذه النظريات في اسباب مرض الهستيريا على اختلاف واصفيها والنواحي التي تؤكدها، تكاد جميعها تتمثل في شخصية الفرد المهيأ للاصابة بالهستيريا. وفي المريض المصاب فعليا بهذا المرض. فهو في عين الوقت محب لنفسه، غير واقعي، يسعى الى الظهور بشكل يزيد على امكانياته ، سريع التقبل للايحاء ، ويجد في المرض مخرجـــا واسعا ومريحا لتحقيق رغباته التي لا يمكن تحقيقها عن طريق سواه .

اعراض مرض الهستيريا

اعراض مرض الهستيريا كثيرة ولا يوجد من عارض مرضي في الجسم او في العقل الا ويمكن وروده كعارض مرضي في حالات الهستيريا . والصفات الفعلية لهذه الاعراض المرضية سواء كانت مفردة او مجموعة من الاعراض تأتي مطابقة لمفهوم المريض ومعرفته المسبقه بهذه الاعـــراض او بحالات مرضية معينة . واختيار المريض لعارض مرضي أو آخر . لا يأتي بناء على تعمد وارادة واعية ، وان كان للايحاء الذاتي المقرون بالرغبة في المرض اثر في توجيه المريض الى بعض الحالات المرضية دون غيرها . وفيما يلي بعض العوامل التي تقرر الى حد ما صفة الاعراض المرضية التي تظهر في حالات مرض الهستيريا : —

١ — تتقرر بعض الاعراض المرضية بالنظر لاهميتها الرمزية من حيث طبيعة العارض المرض ومكانه في الجسم . وقد يكون في ذلك اشارة الى تجربة نفسية سابقة في حياة المريض ويكون في استعادتها من جديد بعض التفريج عن الضيق النفسي الذي يعانيه .

٢ — المحيط والظروف التي تحدث فيها الحالة المرضية ، وهذه تسهل للمريض ان يختار من التجارب الحسية الماثلة امامه ما يصلح ان يكون عارضا مرضيا .

٣ — التجارب السابقة المجتمعة في خبرة المريض وشخصيته ، وهي تقرر اي الاعراض اكثر موافقة لخدمة اغراض المرض .

٤ — الايحاء الذاتي ، وفيها يتحقق للمريض الصور المرضية التي مرت به في الماضي او داعبت فكرة في الحاضر . وبالنظر لسرعة الانطباع التي يتصف بهـا صاحب الشخصية الهستيرية فان من السهل ان يوحي لنفسه بالمرض وبالاعراض المرضية التي ركز اهتمامه وانتباهه عليها .

٥ — الايحاء من الغير ويأتي من المصـــادر المختلفة : المستشفيات والزيارات الطبية ووسائل التثقيف الصحي ، ومعظم المرضى بالهستيريا يكتسبون اعراضهم المرضية ويطورونها ويهذبونها عن هذه الطرق .

٦ – تعرض المريض الى اصـــابة او ضرر عضوي في ناحية من الجسم وهذا يجعل من هذه الناحية منطقة ضعف نفسي مما يجعلها اقرب لامكانية الاستعمال كمظهر مرضي من اي منطقة اخرى .

تظهر اعراض الهستيريا بشكل او اكثر من الاشكال المرضية التالية (١) اعراض جسمية (٢) اعراض عقلية (٣) اعراض تصدع الوعي (٤) النوبـة الهستيرية . وقد تظهر على المريض جميع هذه الاشكال في آن واحد او بالتتابع في الحالة المرضيه الواحدة او في الحالات المتكررة .

١ – الاعراض الجسمية

الاعراض الجسمية في مرض الهستيريا على نوعين : اعراض في مجال الحس ، واعراض في مجال الحركة . ومع ان وجود عارض واحد فقط امر ممكن في اي من المجالين كفقدان البصر مثلا ، الا ان معظم الحالات يتوفر فيها اكثر من عارض واحد من الاعراض الجسمية ، كما يصاحبها اضطراب في الحالة النفسية او العقلية . والانطباع الذي يتوصل اليـه الطبيب في معظم الحالات والمستمد من الظروف العاطفية التي صاحبت ظهور الاعراض ومن خصائص شخصية المريض ، ومن عدم مطابقة الاعراض المرضية للصورة الصحيحة للاعراض المرضية الفعلية التي توحي بها ، كل ذلك يساعد في جلاء الحالة المرضية وفي وضع الاعراض المرضية في نطاقها النفسي .

الاعراض الحسية

وهذه يمكن ان تظهر في اي من وظائف الاعصاب الحسية العـــامة وفي الاحاسيس الخاصة . ففي الاضطرابات الحسية العصبية العامة قد يشكو المريض من انعدام الاحساس (الخدر) ، او من حدود مختلفة من قلة الاحساس . كما قد يشكو من احساسات طارئة كالتنميل والوخز والحرارة والبرودة والالم . اما اضطرابات الاحاسيس الخاصة فهي التي تصيب حاسة البصر والسمع والشم والذوق . واكثر هذه الاضطرابات ، هي التي تقع في حاسة البصر ، وتأتي عادة

على شكل فقدان البصر في العين الواحدة او العينين معا . وفي جميع هذه الاضطرابات الحسية من عامة او خاصة لا يتوفر وجود اعراض اخرى تدل على وجود مرض عضوي . ثم ان علامات هذه الاعراض لا تنطبق تماما على ما هو منتظر في حالات المرض العضوي ، يضاف الى ذلك امكانية زيادة الاعراض وتغيرها وازالتها بعامل الايحاء .

الاعراض الحركية

وهذه ايضا يمكن ان تكون على انواع مختلفة وتظهر في اي منطقة او جزء من الجسم. وتظهر الاعراض الحركية عادة على شكل شلل في احد الاطراف او في الاطراف السفلى بوجه خاص ، وفي بعض الحالات على شكل شلل نصفي وفي القلة من الحالات بالشلل العام . وقد يقتصر الشلل على منطقة او جزء صغير في الجسم كحركة اصبع واحد او اكثر او حركة العين في اتجاه معين وفي حركة اوتار الصوت او في عملية بلع الطعام . وبالاضافة الى الشلل توجد اعراض حركية اخرى كتشنج العضلات وتقلصها والارتعاش والارتجاف والحركات التلقائية وفقدان التوازن في اداء الحركات الطبيعية اثناء العمل او المشي او الوقوف او اللعب او الكتابة . وفي جميع هذه الحالات ، بما في ذلك الشلل ، لا توجد مطابقة بين الاعراض التي تظهر على المريض مع اعراض الامراض العضوية. فالشلل الهستيري مثلا يشمل طرفا او بعض الطرف ، ولا يتحدد في مجموعة عضلية ذات عمل معين ، كالانقباض او التراخي ، وانما يشمل العملين معا في آن واحد . ثم ان الشلل لا يتفق مع اي قاعدة من التوزيع للاعصاب في الجسم ، ولا تتأثر الارجاع العصبية بشكل ينم عن تغير عضوي في الاعصاب . والشلل في الحركة يصاحبه عادة شلل كامل ومماثل في الاحساس في الناحية او الطرف المشلول حركيا ، وهذا ما لا يحدث في الامراض العضوية . واذا ازمنت الحالة المرضية الهستيرية فقد يؤدي الشلل الى ضمور في العضلات مع تقلصها وهذا يؤدي بدووه الى تشويهات قد تحمل على الاعتقاد بوجود سبب عضوي .

وطبيعة هذه الاعراض ومظاهرها العـامة والظروف التي تحدث فيها ، وخصائص شخصية صاحبها كلهـا توحي بمصدرها وطبيعتها النفسية . وهذه الاعراض كثيرة ، كالتقيوء ، وفقدان الشهية ، والخفقان ، وسرعة التنفس ، واختلاف وتيرته ، والسعال ، والاسهال، والامساك ، وانحباس البول وتكرره، وتوقف الصوت ، وتعذر بلع الطعام ، والالام الباطنية ، والصداع ، وغيرهـا من الاعراض . وبعض هذه الاعراض قد تبدو من الشدة والالحاح ومقاربة واقع المرض . مما يدفع الطبيب الى القيام باجراآت فحوصية وتشخيصية وعلاجيـة متعددة، كما ان بعض هذه الحالات قد تنتهي باجراء جراحي لا يسفر عن اكتشاف اي آفة عضوية ، وقد يدعو ذلك الى اعـادة مثل هذه الاجراآت الجراحيـة بدون جدوى .

٢ — الاعراض النفسية والعقلية

وهذه الاعراض كالاعراض الجسمية توحي بابتعادها عن اعراض الامراض الفعلية . ولعل مقدرة المريض على اكتساب صفـات الامراض العقلية هي اقل بكثير من مقدرته على اكتساب صفات الامراض الجسمية ، ومع ذلك فهنالك بعض الحالات المرضية التي يصعب فيها التفريق بين المريض العقلي وبين ما تبدو عليه الحالة الهستيرية من اضطراب في النواحي العقلية . واكثر مـا تأتي عليه الاعراض العقلية هو على شكل تهيج في النطق وفي الحركة ويصاحب ذلك عادة الصراخ او الضحك او البكاء ، ويأتي الكلام في مثل هذه الحالات على شكل هذيان غير مرتبط الاطراف وان كان فيه بعض التوجه والدلالة على موقف او غرض معين . وفي بعض المرضى قد يظهر المرض على شكل جمـود في الحركة العقلية مع قلة النطق والحركة الجسمية او انعدامها كليا مما يوحي بحالة شديدة وحادة من الكآبة . وقد تتداول حالة المريض بين التهيج والجمود ويكون الانتقال من حال الى حال مرتبطا بما يحيط المريض من ظروف تستدعي مثل

هذا التغير . ومن الاعراض العقلية الكثيرة الوقوع الاضطراب في مجال الذاكرة الذي يبلغ احيانا حدود الفقدان التام للذاكرة لفترة زمنية معينة، ولحوادث معينة كما قد يحدث اضطراب في توجه المريض الذهني بالنسبة لذاته وبالنسبة للزمان او المكان : وقد يبدو ذهن بعض المرضاء متبلدا الى درجة لا يستطيعون فيها جمع اعداد صغيرة او التعرف على حقائق او مواضيع معروفة . وقد تتخذ الحالة المرضية مظاهر متفاوتة من الشدة والانفعال وتبلغ في اقصاها حدودا قد يخطيء البعض في تشخيصها بانها حالات من الشيزوفرينيا او المانيا الحادة .

٣ – النوتات الهستيرية

النوبات الهستيرية على انواع متعددة وتشمل حـــالات اضطراب السلوك والانفعالات العاطفية والتهيج العقلي وغير ذلك ممـــا ورد في الاعراض النفسية والعقلية . على اننا نقتصر في هذا المجال على نوبات الحركة وتصدع الوعي التي تحدث في بعض المرضى والتي يمكن الخطأ في التفريق بينها وبين نوبات الصرع . وفيما يلي الفروق الاساسية بين نوبة الصرع والنوبة الهستيرية .

نوبة الهستيريا ونوبة الصراع

كثيرا ما يختلط على الناظر امر التفريق بين كل من نوبة الصرع ونوبة الهستيريا . ومع ان النفريق بينهما سهل في معظم الحالات، الا ان ذلك قد يكون من الصعوبة بمكان في بعض الحالات التي يحكم فيها الشبه بين الحالتين . وفيما يلي بعض القواعد التي اذا اخذت بمجموعها بعين الاعتبار ساهمت كثيرا في التقليل من امكانية الوقوع في خطأ تشخيص النوبة الواحدة او الاخرى .

(١) نوبات الصرع اكثر وقوعا في الاطفال والاولاد بينما يقل وقوع نوبات الهستيريا قبل سن المراهقة .

(٢) نوبة الصرع تصيب الجنسين في حدود متساوية تقريبا بينما مرض الهستيريا، وخاصة للنوبات الهستيرية تصيب الانثى بنسبة تزيد كثيرا على نسبتها في الذكور .

(٣) تقع نوبة الصرع في الليل او في النهار، في اليقظه او في النوم، بينما يتحدد وقوع النوبة الهستيرية في ساعات اليقظة فقط او قبيل النوم او في حالة الاستيقاظ من النوم .

(٤) تحدث نوبة الصرع امام الناس او في وحدة تامة وبصرف النظر عن اي جو اجتماعي او عائلي خاص . اما النوبة الهستيرية تحدث دائما في حضور الغير وخاصة من لهم علاقة خاصة بالمريض ، كما يمكن ان تحدث عند توقع حضور من يهمهم امر المريض .

(٥) تحدث نوبة الصرع تلقائيا وبدون ارتباطها بموقف عاطفي معين ، وقد تحدث النوبة في حالات قليلة على اثر انفعال او خوف . اما النوبة الهستيرية فتحدث دائما على اثر موقف مشحون بالانفعال العاطفي .

(٦) لا تستهدف النوبة الصرعية اي فائدة او منفعة للمريض بينما ترمي النوبة الهستيرية الى اكتساب الاهتمام والانتباه والعطف والتبرير لموقف معين او لتجنب مسؤولية معينة . وليس من الضروري ان تكون الرغبة هذه واعية او مدركة كليا او جزئيا من المريض .

(٧) النوبة الصرعية تحدث فجأة ، وربما بانذار حسي قصير الامد Aura بينما النوبة الهستيرية تحدث تدريجيا وربما بمقدمات طويلة . وتستمر النوبة الصرعية دقيقة او اكثر قليلا وتتلاحق فيها الانقباضات العضلية في الاطراف بشكل معين اما النوبة الهستيرية فقد تستمر مدة طويلة تتراوح من دقائق الى ساعات. وتكون الانقباضات العضلية غير متوازنة بمثل ما يشاهد في نوبة الصرع .

(٨) يكون فقدان الوعي في الصرع كاملا مع الادلة العصبية على اكتماله ، بينما لا يكون الوعي مفقودا كليا في الهستيريا ، ولا تتوفر الادلة العصبية على فقدان الوعي . ومعظم المرضى في الهستيريا يفيدون عند السؤال بانهم يسمعون ما يقال ولكنهم لا يستطيعون الجواب . وفي الحالات التي ينكرون فيها السماع او الرؤيا فان ذلك يحدث بسبب النسيان الهستيري الذي يشمل زمن النوبة الهستيرية في

بعض المرضى . ولعل في النسيان تبرير بعدم المسؤولية .

(٩) في الصرع قد يصك المريض اسنانه ويعض لسانه او شفتيه ، وقديؤذي نفسه اثناء الوقوع على الارض او في النـــار او الماء او اثناء قيادة السيارة او الدراجة . اما مريض الهستيريا فقد يقفل فكيه ، ولكنه لا يدمي لسانه او شفتيه ، ولا يقع بمثل ما يقع به المصروع من المفاجأة ، بما في ذلك من ضرر ، وانما يكون وقوعه تدريجيا مريحا ومحاذرا للخطر ، ولهذا فقلما يصيب المريض في النوبة الهستيرية اي اذى لنفسه الا بالمصادفة .

(١٠) يخرج الزبد من فم المريض في الصرع كما يزرق وجهه وقد يتبول اثناء النوبة ، وكل هذه الامور لا تحدث في النوبة الهستيرية .

(١١) النوبة الصرعية تستجيب في معظم الحالات للعلاج بالادوية المقاومـــة للصرع . بينما لا تتأثر النوبة الهستيرية بالدواء .

(١٢) الحركة الدماغية في الصرع ، حركة صرعية اثناء النوبة وربما تكون مضطربة وغير طبيعية بين النوبات الصرعية ، بينما تظل الحركة الكهربائية للدماغ طبيعية في النوبات الهستيرية وما بين النوبات .

(١٣) قد يصاب المريض بالصرع بالتهيج بعد انتهاء النوبة الصرعية الفعلية ، اما المريض المصاب بالهستيريا فان التهيج بالحركة او الكلام اذا حدث فانمـــا يحدث اثناء النوبة لا بعدها .

اعراض تصدع الوعي

حالات تصدع الوعي من الاعراض الهستيرية الكثيرة الوقوع وهي على انواع ودرجات من حيث المدى الذي يصاب فيه تكامل الوعي الطبيعي بالتصدع او التلاشي . وعمليات تصدع الوعي على انواعها هي عمليات تلقائية ليس للارادة عليه اي سلطان . والدافع الى هذه العمليات هو نفس الدافـع او الدوافـع التي تؤدي في بعض الافراد الى قيـــام الاعراض المرضية الهستيرية او التي تؤدي الى

عملية الكبت بشكل طبيعي . وينظر بعض العلماء الى حالات تصدع الوعي بانها الوسيلة الوقائية للعقل للتخلص من التجارب المؤذية او المؤلمة التي لا يستطيع الانسان احتمالها كما يحدث عند الخسارة او الوفاة . ويرى آخرون ان تصدع الوعي يخدم غرض عزل او فصل العلاقة الطبيعية بين الفكر والعاطفة . وفي هذا العزل فائدة تجنيب المريض التحسس العاطفي الذي يقترن بقيام تجربة عقلية مؤلمة او محزنة في فكره . وهنالك الى جانب هذه النظريات ما اوردناه في مطلع هذا الفصل من بيان اهداف المرض الهستيري بشكل عام وهي الحصول على فائدة او منفعة عن طريق قلب الرغبات المكبوتة الى صور مرضية توفر بعض الارضاء والتعويض عن هذه الرغبات .

انواع تصدع الوعي

(١) الاغماء (٢) النومشة (المشي اثناء النوم) (٣) فقدان الذاكرة (٤) هروب الوعي Fugue (٥) الغيوبة Trance (٦) ازدواج الشخصية او تعددها (٧) الغسقية Twilight State (٨) تجريد الشخصية Depersonalization (٩) التنويم Hypnosis (١٠) النكوص Regression . وفيما يلي بحث مختصر عن كل نوع من هذه الانواع مع بعض الامثلة التي مرت في تجربة المؤلف عن هذه الحالات .

الاغماء Fainting

هو اكثر انواع تصدع الوعي حدوثا عند المرضى ، وهو من اكثر الاعراض ورودا في مرض الهستيريا بشكل عام ، واكثر ما يقع في النساء . ويعتبر الاغماء من ردود الفعل الهستيرية البدائية ، وعلى ذلك فهو اكثر وقوعا في اولئك الذين تحددت تجربتهم الثقافية والاجتماعية . والاغماء بالمعنى العصبي الصحيح يعني فقدان الوعي مع ظهور العلامات العصبية الدالة عليه . على ان اغماء الهستيريا قل ان يكون فقدانا كاملا للوعي . فمعظم المرضى يفيدون بالاستجواب انهم

يسمعون ما يجري حولهم لكنهم لا يستطيعون الحركة او الاجابة . وفي بعض الحالات ينفون هذا العلم ويفسر ذلك بانهم انتزعوا فترة الاغماء من ذاكرتهم مع كل ما جرى حولهم اثناء الاغماء . يحدث الاغماء (او الموعة كما يسميها العامة) بسرعة ، على ان المريض لا يصيب نفسه بأذى اثناء الاغماء ويقع اما على الفراش او مستندا على احد او على شيء يقيه السقوط والضرر . ثم ان الاغماء لا يحدث الا في حضور الغير او عند توقع حضورهم . ويحدث الاغماء في ظروف نفسية متعددة من تجارب الخوف والفزع والمفاجأة بعصبية او خسارة او فشل ، كما يحدث كوسيلة للتعبير عن عدم الرضى والارتيـــاح من موقف او ظرف معين ويهدف ذلك الى الحصول على العطف والتقدير . وتتراوح فترة الاغماء من ثواني معدودة الى ساعات . وهنالك بعض الحالات التي يستمر فيها الاغماء يومين او اكثر .

(مثال ١) فتاة في العشرين من بيئة محافظة متدينة لا ثقافة لها. خطبت لتتزوج بدون رأيها. وبعد ايام من ذلك بدأت تصاب بنوبات من الاغماء تستمر بضعة دقائق وتتكرر عدة مرات في اليوم وقد لوحظ ان النوبات لا تحدث الا في حضور والدها ،

(مثال ٢) فتاة اصيبت بنوبة مفاجئة من فقدان الوعي لا تتحرك او تتكلم او تفتح عينها او تستجيب لاي نوع من الاثارة الحسية . واستمر فقدان الوعي ثلاثة ايام . وقد تبين وقوع هذه الحالة الاغمائية مع ابتداء فترةالامتحان .

الغيبوبة Trance

حالة تشبه النوم يكون فيها الوعي مفقودا كليا او جزئيا . وقد تحدث الحالة تلقائيا او بفعل الايحاء الذاتي . كما تحدث في حالات التنويم (المغناطيسي) Hypnosis . وفي مثل هذه الحـالة يتجرد المريض عن سياق تفكيره وعاطفته ويطغي على شعوره تجربة عاطفية وفكرية معينة . وقد يترآى للفرد في مثل هذه الحالات رؤى غير منظورة في العالم الطبيعي يتحدث اليها وتحدثه وتكون له بمثابة الايحاء . ومن حالات الغيبوبة مـــا يمارسه اصحاب الطريقة اليوجية Yoga من التحكم بمظاهر الحياة من حركة او تنفس الى ادنى حد ممكن لهذه

المظاهر. ومنها ايضا الحالات المسماة بالحالات الخضرية Vegetative Phenomena وفيها يظل الفرد في حالة غيبوبة لمدة ايام يمتنع فيها عن الطعام والشراب دون ان يؤثر هذا الامتناع على العمليات العضوية والكيماوية في الجسم . ان جميع هذه الحالات لم يستطع العلم بعد التوصل الى فهم لطبيعتها النفسية او الفسيولوجية وهي ما زالت تفتقر الى المزيد من الدراسة والبحث .

السلوك الاوتوماتيكي (التلقائي) Automatic Bohaviour

وفي هذه الحالة يقوم الفرد باعمال وتصرفات واقوال او كتابة او رسم ، وبعد الانتهاء منها ومجابهته بها ينكر ان تكون له علاقة بها. وهنالك امثلة كثيرة لحالات من الانتاج الفني تتم والفنان على هامش الوعي الطبيعي . وقد يكون الوحي الشعري عند بعض الشعراء من هذا القبيل . ولعل في حياة كل واحد منا مثال او اكثر عن تصرف او سلوك او قول تلقائي قمنا به بدون تفكر وبدون ارادة وبدون علم بماهيته اثناء القيام به . وفيما يلي حالة اوردها احد المؤلفين للسلوك الاوتوماتيكي .

« شاب انهى علاقته بفتاة بعد ثلاث سنوات من الاتصال المستمر بينهما ، وقد كان يلاقيها كل يوم اثنين واربعاء وسبت ، وقد قرر ان يكون انهاء العلاقة قاطعا هذه المرة ، وصارح نفسه بانه لن يكترث بأمرها حتى لو لم يراها ثانية طوال حياته . وفي مساء احد ايام الاثنين بعد ذلك العهد باسابيع كان يقود سيارته ويفكر جديا بمستقبل حياته وخططه له ، ثم اوقف سيارته وترجل ، وعندما التفت وجد نفسه لدهشته، وقد اوقف سيارته امام بيت صديقته السابقة وفي نفس المكان الذي تعود ايقافها فيه ..».

حالة النكوص (التقهقر) Regression

وهذه الحالة تتصف بعودة المريض الى دور سابق من ادوار الحياة وتطور الشخصية . وفي الدور الذي يعود او ينكص اليـــه الفرد ، وفي الاختيار الغير واعي للمريض لهذا الدور بالذات ، دلالة على اهمية هذا الدور في حياته . وقد تكون الاهمية على نوعين : ففي النوع الاول يعود المريض الى دور سابق لما كان

يعطيه له هذا الدور من حب وعطف مما يفتقر له الآن . وفي النوع الثاني يعود الفرد الى الدور السابق لانه يفتقد الشعور بالمرور به والتمتع بخصائصه . والمثلين الآتيين من ملاحظات المؤلف تفسر ذلك .

(مثل ١) فتاة في السابعة عشرة لم تنجح في الدخول الى امتحانات الباكلوريا واصيبت على اثر ذلك بانفعال نفسي ظهرت اعراضه بتغيير مظاهر شخصيتها الى مظاهر شخصية طفولية لا تزيد على ٤ الى ٦ سنوات . فجاءت مع امها تمسك بيدها كما يمسك الاطفال .. وتدفع برأسها الى صدر امها كانما تتوارى خجلة خائفة عن النظر . وتغير صوتها وطريقة كلامها فاصبح كصوت الاطفال في نبراته وفي اسلوبه . وبدى عليها وهي تمشي التعثر والارتباك الذي يبدو على الاطفال امام الغرباء. وقد بدت ودودها العاطفية وملكاتها العقلية وهي تناسب هذا السن الطفولي تماما .

ومن الواضح ان في نكوص الفتاة الى هذا السن الطفولي فائدة التمتع بالحماية النفسية التي يتمتع بها الاطفال في هذا السن وفي ذلك تجنب للمسؤولية عن الفشل تحت ستار من العطف والحب .

(مثل ٢) فتاة في العشرين خطبت لتتزوج ، وقبل موعد الزواج بايام اصيبت بانفعال نفسي ظهر كالحالة السابقة ، على شكل تغير في مظاهر الشخصية ورجوع بها الى فترة من الحداثة . وفي هذه الحالة تحددت الفترة في حوالي التاسعة من العمر ، وقد بدت تصرفات الفتاة من سلوك وردود عاطفية وطريقة في التفكير تتناسب مع هذا العمر . وقد ظننت في البداية ان للرجوع الى هذا السن مثل ما للرجوع في الحالة السابقة من دلالة . وبعد شفاء الفتاة من حالتها المرضية علمت منها بانها لم تشعر بانها مرت بما يمر به الاطفال والاحداث في هذا الدور من النمو ، فقد توفيت والدتها قبل ذلك بفترة قليلة وافتقدت بذلك عطفها وحنانها ، وعاشت وهي تشعر بالحرمان من هذا الدور الهام من حياتها . وهكذا فعندما تعرضت الى الارهاق الناجم عن خطوة الزواج (الذي لم تكن ترغب فيه ولم تكن متهيأة له عاطفيا) - فقد نكصت الى السن الذي طالما حلمت به وحرمت المتعة والعطف اثنائه .

النومشة (المشي اثناء النوم) Somnambulism

النومشة حالة بسيطة من حالات تصدع الوعي . ففي اثناء النوم الطبيعي ينشطر جزء من الشخصية ويستولي على زمام الشخصية بكاملها ويكون من نتيجة سيطرة هذا الجزء المنشق عن الشخصية ان ينهض الفرد من نومه ويمشي او يقوم بعمل منظم ثم يعود الى نومه ، وعند استفاقته لا يذكر شيئا مما حدث .

ولعل معظم حالات النومشة يسبقهـــا او يصاحبها الحلم ومعظم محتويات هذه الاحلام تتلاشى حال استفاقة الفرد من نومه .

ان اكثر ما تحدث النومشة في الاطفال ، وهم يمشون في نومهم عـــادة من فراشهم الى فراش والديهم ، ولا يذكرون هذا الانتقال في الصباح . على ان بعض حالات النومشة تحدث في سن اكبر ، او تعود الى الظهور بعد الانقطاع ، وفي مثل هذه الحالات قد يكون لها دلالات نفسية هامة ويجب ان تؤخذ بجدية اكثر مما تؤخذ به نومشة الاطفال. وقد يكون في ذلك اشارة الى ان الضيق والارهاق في حياة الفرد قد وصلا الى حدود بعيدة من الشدة . ان الدوافع الاكثر توفرا في حالات النومشة هي دوافع نفسية ويمكن اعتبار هذه الحالات تعبيرا عن مشكلة او صراع غير واع ، وتكون النومشة وسيلة للهرب من ذلك او طريقة للوصول الى رغبة او لذة ممنوعة او محرمة . هذا ويجب في كل حالة من حالات النومشة التأكد من المريض غير مصاب بالصرع فبعض حالات المشي اثناء النوم تحدث في المصابين بالصرع كما ان بعض هذه الحالات تحدث عند هبوط مستوى السكر في الدم .

(مثال ١) فتـاة في العاشرة من عمرهـا تعيش كطالبة داخلية في احدى المدارس وقد لوحظ بانها تمشي في نومها ، وفي صباح اليوم التالي لا تذكر شيئا عن ذلك . ومن المصادفات ان تكون هنالك طالبة اخرى في عمرها تنام في نفس القاعة وتعاني من حالة التكلم اثناء النوم ، وقد لاحظت المراقبة في احدى الليالي ان الطالبة الاولى تنهض من نومها وتذهب الى سرير الفتاة التي تتكلم في نومها وتدخل معها في حديث وبعد ذلك تعود الى فراشها وتنام وفي صباح اليوم الثاني لا تتذكر الاثنتان اي شيء عن ما حدث .

(مثـال ٢) رجل في الخامسة والثلاثين من عمره يفيق من نومه وينزع ملابس النوم ويلبس ملابسه الاعتيادية ويخرج من البيت ويتجول لمدة ساعة او ساعتين ثم يعود او يعاد الى البيت ويأتي الى فراشه وفي اليوم التالي لا يذكر شيئا عما حدث .

(مثال ٣) شاب في الثلاثين خرج من البيت في حالة « نومشة » وكانت فترة منع التجول. ولما استوقف من الحرس استمر في المشي. فاطلقوا عليه النار واصيب في رجله ونقل الى المستشفى. وهناك استفاق من نومه وهو لا يدري كيف وصل الى هناك ولا السبب في اصابته .

الغسقية Twilight State

وهي حالة من حالات تصدع الوعي ، وهي على الاجمالى قصيرة الزمن ،وقد يقوم الفرد خلالهـا باعمال خارجة عن ارادته الواعية وبدون ان يحتفظ باي ذاكرة لقيامه بهذه الاعمال . على ان بعض الافراد في هذه الحالة يشعرون بانهم على حافة الوعي وكأنهم بين اليقظة والنوم ومن هنا التسمية بالغسقية، ومنهم من يصف تحسسه بهلاوس حسية يذكرها بوضوح بعد انتهاء الحالة ورجوعه الى وعيه الطبيعي .

(مثال) امرأة متزوجة حديثاً ، في العشرين من عمرها ، جاءت تشكو من حالات تنتابهـا تشعر بها فجأة وكأنها بين اليقظة والنوم ، ولا تحدث هذه النوبات الا وهي في غرفة النوم . فاذا نظرت الى الحائط تراءي لهـا بان خزانة واسعة تميل بالسقوط عليها فتتفادي ذلك بالانحراف الى جانب او آخر . وقد دعى تكرر هذه الحالات الى تجنبهـــا لغرفة النوم . وقد تبين بالاستقصاء النفسي ان المريضة قد شاهدت اثاثا خشبيا لغرفة النوم وطلبت من زوجها شراءه ، لكنه سخر من ذلك ، ولم يلبي رغبتها ، وبعد فترة اسابيع بدأت تشاهد خزانة واسعه مشابهة للخزانة التي شاهدتها في معرض الاثاث وهي تميل عليها من الحائط الخالي في غرفة النوم .

الهروب Fugue

حالة الهروب او « الفيوج » حالة شديدة من تصدع الوعي . والكلمة مشتقة من اللفظة اللاتينية « فيوجا Fuga » ومعناها هرب الفزع او هرب الهلع . وفي هذه الحالة يظهر تصدع الشخصية اكثر وضوحا مما هو عليه في حالات الغسقية والنومشة والغيبوبة . ويبدو المريض في حالة الهروب مضطربا مرتبكا ، على ان بعض المرضى يحتفظون بدرجة كبيرة من تكامل الشخصية تمكنهم من التصرف والعمل في وعي شخصيتهم الجديدة .

في الهروب ناحيتان : الناحية الاولى هروب من الوعي ، والناحية الثانيـــة هروب من المحيط المباشر للفرد . وحالة الفيوج تحقق الهدفين المريض ، هدف ابعاد حقيقة معينة عن وعي الفرد ، وهدف تجنب وضع محيطي معين لا يطاق واستبداله بواقع جديد. والعملية في شقيهاعملية غير واعية وغير ارادية والدافع اليها هي عوامل وقوى داخلية وغير شعورية ولا يمكن مقاومتها .

(مثل) شاب في التاسعة عشرة ، جندي مكلف ، جـــاء يشكو من فترة شهر من فقدان الذاكرة بشكل كامل شمل كل مـــا جري له في ذلك الشهر . وقد تبين ان الجندي المذكور عند عودته من الاجازة ولدى رصوله الى الباب الخارجي لمقر وحدته قفل راجعا ولم يعد الى بلده وانما ذهب الى مدينة اخرى قريبة منها ، وظل هنـاك شهرا الى ان استفاق من حالته ووجد نفسه في مكان غير مألوف لديه . وعند الاستقصاء افاد الشاب بانه منذ تركه المدرسة شعر بخيبة امل شديدة ولم يستطع ان يتقبل الوضع الجديد الذي وجد نفسه فيه .

ازدواج الشخصيةاو تعددها Double and Multiple Personslity

في هذه الحالات يبلغ تصدع الوعي اقصى درجاته . والذي يحدث ان وعي الشخصية ينشطر الى جزأين مما يمكن الفرد من ان يعيش شخصيتين مختلفتين في اوقات مختلفة او بالتوالي ، وفي اثناء ذلك تكون الشخصية الثانية مغمورة .وفي حالات تعدد الشخصية لا يكون للشخصية الواحدة اي علم او معرفة بوجود الشخصية الاخرى ، ذلك ان المريض عند انتقاله من الواحدة الى الاخرى يفقد الذاكرة تماما لتصرفات الشخصية السابقة .ولعل اروع الامثلة الادبية الكلاسيكية التي تصور حالة ازدواج الشخصية ، هي رواية روبرت ستفنسون المسماة الدكتور جاكل والمستر هايد Dr. Jekyll and Mr. Hyde اما في المجال الواقعي في تأريخ الطب فان حالات كريستين بيوكامب تعتبر اكثر الحالات شهرة في التدليل على الشخصية المتعددة . كانت الآنسة كريستين طالبة في كلية راد كلف في امريكا عندما بدأ مرضها سنة ١٨٩٨ .وقد قام بعلاجها ودراسة مرضها الدكتور مورتن برنس Morton Prince ، وقضى ستة سنوات في تتبع حالاتها المرضية ، وقد ظهر له اثنـاء ذلك ان لكرستين عدة شخصيات تظهر عليهـا في اوقات مختلفة : فكان لها شخصية « القديسة » ، وفي هذه الحالة كانت ترى ان الانانية والخشونة واخفاء نصف الحقيقة ، هي ذنوب يجب التكفير عنها بالصلاة والصوم. والشخصية الثانية كانت شخصية « الشيطان » وكانت شخصية طفولية رعناء ، والثالثة شخصية « المرأة » واتصفت بالطموح والاهتمام الشديد بالذات . وقد كان برنس على علم بشخصية « القديسة » وشخصية « المرأة » ولكنه اكتشف الشخصية الثالثة «الشيطانة» تحت تأثير التنويم المغناطيسي. وقد سمت كريستين

هذه الشخصية الثالثة باسم « سالي Sally » ، وكانت سالي « الشيطانة » على علم بما تقوم به شخصية القديسة ولكن هذه الشخصية الاخيرة لم تكن تعلم بوجود سالي . وبنتيجة المعالجة الطويلة استطاع برنس ان يعيد تصدع الشخصية الى حالة التكامل الطبيعية . وفيما يلي مثل واقعي من وقائع المؤلف .

(مثل) فتاة طالبة في التاسعة عشرة من عمرها راجعتني في المرة الاولى مصحوبة باهلها وهي تعاني من نوبة هستيرية على اثر انفعال في ظرف مثير عاطفيا . وبعد ذلك جاءت الفتاة وحدها عدة مرات . وقد لاحظت مع تعدد الزيارات ان مظاهر الشخصية وانفعالاتها لا تتشابه في بعض الزيارات ، كما لاحظت انها في بعض الاحيان لا تتذكر شيئا مما قالته او قلته في زيارة سابقة. وفي احد الايام جاءت الفتاة المريضة وهي تقول لم ارد المجيء.. ولما سألتها لماذا ؟ اجابت: لانها قالت لي ان لا آتي . وقلت ومن هي ؟.. فأشارت الى صدرها واوضحت بعد ذلك ان هنالك فتاة اخرى في داخلها تظهر فجأة في حياتها وتأمرها بما تعمل وتنهاها عما لا تريد وتطيعها المريضة في ذلك الى حد يتلاشى فيه وجودها الشخصي وتصبح تحت سيطره الفتاة الاخرى . وفي هذه المرة قالت المريضة بانها تحدت الفتاة الاخرى واصرت على المجيء ، ولما سألتها لماذا امرتها الثانية بان لا تأتي .. قالت لانها تغار مني . وفي الزيارات التي تلت هذه الزيارة كنت احرص ان اسأل المريضة منذ ابتداء المقابلة اي الاثنتين هي اليوم ؟ !

وبعد فترة طويلة من العلاج امكن لأم التصدع في كيان الشخصية وعادت الفتاة الى حالتها الطبيعية .

تجريد الشخصية Depersonalization

تجريد الخشصية هو شعور الفرد بالتغيير في خصائص شخصيته كما يعهدها في نفسه في الاحوال الاعتيادية . والشعور بهذه التجربة في حدود طفيفة لا بد ان يقع في حياة كل انسان ، على ان الدرجات الشديدة في التجريد لها دلالات مرضية ، وتحدث في الامراض النفسية وخاصة مرض الهستيريا ، كما تحدث في الكآبة وقد تكون مظهرا لابتداء مرض الشيزوفرينيا ، وتحدث ابضا في حالات الاجهاد والادمان وفي بعض الامراض العصبية التي تصيب بعض مناطق الدماغ . هنالك ناحيتان للتجريد : الاولى تتعلق بالفرد نفسه والثانية بالمحيط . ففي الناحية الاولى يشعر الفرد بانه اختلف في نفسه عما كان عليه سواء كان ذلك اختلافا جزئيا او كليا من خاصه واكثر من خصائص الشخصية ، ويشعر

المريض عادة بانه تغير وان شيئا فيه ليس كما كان في الماضي فهو لا يشعر ولا يحس كما كان يشعر ويحس في السابق ، وكثيرا ما يصف المريض نفسه في الحالات الشديد بقوله اصبحت غير نفسي تغيرت.. لست بانا .. وكأني شخص آخر..».

وفي الناحية الثانية للتجربة ، يحدث التغير في المحيط كما يراه ريدركه المريض، فهو يرى ما حوله وقد تغير، ليس فيه ما في السابق من الوقائع، ينظر الى الاشياء وكأن لا ابعاد فيها ، ولا الوان ولا معنى للحركة أو الحياة. وكثيراً ما تشمل الحالة المرضية مظاهر التغير في الناحيتين معاً : الذاتية والشخصية .

وقد يكون تجريد الشخصية عارضاً مرضيا قائماً بنفسه كما هو الحال في مرض الهستيريا، على انه يكون من جملة الاعراض المرضية التي تظهر في الامراض الاخرت كالكآبة والشيزوفرينيا، وظهوره في هذه الامراض قد يكون تجربة مؤلمة ومزعجة وخطيرة بالنسبة للمريض ، ذلك ان الشعور بهذه الحال يكون تهديداً مباشراً ومستمراً للمريض بانه سيفقد الصلة بنفسه وبواقعه كما تعود ان يراهما ، وفي هذا التهديد ما يثير القلق والرعب وما يدفع الى تعقيد الحالة المرضية .

التنويم المغناطيسي Hypnosis

التنويم المغناطيسي مظهر من مظاهر تصدع الوعي ، وقد لوحظ هذا المظهر منذ عصور طويلة (وقد بحثناه بشيء من التفضيل في الفصل الخاص بالعلاج النفسى) . وتعرف حالة التنويم بانها حالة من تغير الوعي يوحي بها شخص لشخص آخر لديه القابلية للايحاء . وبنتيجة هذا التأثير الايحائي فان المنوم يصبح في حالة الغيبوبة وتخضع هذه الحالة الى ما يأتيه من تأثير من الشخص الذي قام بتنويمه .

ومع ان التنويم يتم عادة تحت تأثير الايحاء من شخص معين وفي ظروف ملائمة ، الا ان من الممكن للشخص ان ينوم نفسه بنفسه . وقد مرت بالمؤلف الحالة الفريدة التالية .

(مثل) شاب في الخامسة والثلاثين جاءني مضطربا وفي حالة هي مزيج من الكآبة والقلق مع الشعور بان شخصيته قد تشتتت اوصالها ومقوماتها وانه لم يعد يستطيع القبض على زمام نفسه كما كان في الماضي . وقد افاد بان هذا التغير في نفسه جاء على اثر خضوعه لعملية التنويم المغناطيسي، وانه قام بذلك عن طريق تسجيل عملية الايحاء بالتنويم على شريط مسجل ، ونجح في تنويم نفسه بصوته ، على انه استفاق بعد ذلك مذعورا خائفا بسبب التغير الذي ادركه في نفسه .

ولما كان اصحاب الشخصية الهستيرية والمرضى بمرض الهستيريا يتمتعون بقابلية سريعة وشديدة للايحاء الخارجي والذاتي ، فان للايحاء اثر كبير في تكوين الاعراض المرضية واثر مماثل في علاج هذه الامراض . ومع ان التنويم المغناطيسي قد عبس النظر اليه في الاوساط الطبية مدة طويلة منذ ان انتقدت اساليب مسمر Mesemer العلاجية ، الا ان الاوساط الطبية المعاصرة قد قبلته اخيرا كوسيلة ذات قيمة للاغراض الاختبارية النفسية وكوسيلة علاجية نافعة في مجموعة من الحالات المرضيـة مثل مرض الهستيريا والولادة والجراحة وطب الاسنان .

فقدان الذاكرة Amnesia

يجب تفريق هذه الحالة من تصدع الوعي عن حالات النسيان التي تحدث بشكل طبيعي او بنتيجة فعل المؤثرات المرضية العضوية على الدماغ . وهنالك انواع ودرجات مختلفة من فقدان الذاكرة ، وفي معظم حالات تصدع الوعي التي سبق ذكرها نجد ان فقدان الذاكرة يكون مظهرا بارزا لها .

ان الفرق الاساسي بين فقدان الذاكرة النفسي وفقدان الذاكرة الذي يأتي لاسباب عضوية هو ان فقدان الذاكرة النفسي يأتي على اثر انفعال او مشكلة او وضع نفسي معين ، ويحدث الفقدان بشكل آني سريع على عكس فقدان الذاكرة العضوي (الا في حالات الصدمة على الرأس عندما يصاب الفرد بفقدان آني سريع للذاكرة) . ثم ان فقدان الذاكرة النفسي يشمل حوادث او فترات معينة من تجربة المريض السابقة ، وهذه الحوادث او الفترات ذات صفات ومعاني خاصة بالنسبة للمريض ، ويلاحظ دائما ان حدود فقدان الذاكرة هي حدود حـادة

المعالم تشمل تجارب نفسية معينة ، وفترات معينة في حياة المريض .

(مثل ١) ادخل مريض للمستشفى للملاحظة وهو في حالة من فقدان الذاكرة تشمل فترة ايام فقط من حياته . وقد تبين ان المريض متهم بارتكاب جريمة قتل في خلال هذه المدة. وقد كان من الواضح طبيا ان فقدان الذاكرة في المريض كان حقيقيا ويمثل حالة من تصدع الوعي . وقد كان في انتزاع فترة ارتكاب الجريمة من ذاكرة المريض الوسيلة العقلية الممكنة لنفي المسؤولية ، وجاء ذلك بشكل غير واع وان كان فيه استجابة لرغبة المريض بابعاد المسؤلية عن نفسه .

(مثل ٢) سيدة اجنبية في السابعة والعشرين ظهر عند الفحص بانها نسيت كل ما حدث لها خلال العام الاخير من حياتها . وقد تبين ان السيدة المذكورة قد فقدت ابنها قبل عام تماما ، وكان يوم فقدانها الذاكرة هو يوم الذكرى لمرور سنة واحدة على وفاته. وافاقت في صبيحة ذلك اليوم وقد زالت من ذاكرتها كل حوادث السنة السابقة منذ قبيل وفاة ابنها . وعلى ذلك فقد كانت تتكلم وتتصرف كانما ابنها المتوفي ما زال موجودا .

وفي هذا المثل ما يدل على ان السيدة المذكورة انتزعت ذاكرة وفاة ابنها وكانت مناسبة الذكرى صدمة نفسية كافية لمثل هذا النسيان .

علاج الهستيريا

ليس لعلاج الهستيريا طرقا وقواعد معينة تطبق في كل حالة مرضية . فعلاج الهستيريا بشكل خاص هو فن علاجي ، وهو بذلك يتطلب من الطبيب المعالج الاحاطة التامة بالامور النفسية بوجه عام ، وبالعوامل النفسية المؤثرة في شخصية المريض بوجه خاص . واختيار الوسيلة العلاجية الملائمة لاية حالة مرضية تتقرر الى حد بعيد ليس بما يظهر فيها من الاعراض المرضية ، وانما بما يستطيع الطبيب ان يدركه من خصائص شخصية المريض وتفاعلات هذه الشخصية في الظروف والاحوال المختلفة .

ان اهم المبادىء العامة في علاج الحالات الهستيرية هو مبدأ السرعة في انهاء اعراض المرض ، ذلك ان كل تأخير في ازالة هذه الاعراض قد يجعل المريض اكثر تحسسا وتمتعا بالفائدة والمنفعة التي تتحقق له من المرض ، وهي جلب الاهتمام والانتباه له مما لا يتحقق في الظروف الطبيعية . واذا تحسس المريض بما يجنيه من نفع من مرضه ، فان ذلك يزيد في مقاومته النفسية الغير واعية للتخلي عن المرض.

والمريض بالهستيريا يستمد المدد لاستمرار حالته المرضية او تكرر وقوعها مما يحاط به من اهتمام بالغ وعناية غير مألوفة من اهله او ممن يهمه استجلاب عطفهم . وكلما زاد هذا الاهتمام واقترن بالقلق ، كلما شجع ذلك على استمرار المرض وربما تطوره ، ولهذا يتوجب تنبيه كل من لهم علاقة بالمريض ان يقتصروا على اقل قدر ممكن من الاهتمام والانتباه للمريض ، وان ما يظهرونه من الاهتمام والقلق والاضطراب هي العوامل المناسبة لتغذية الحالة المرضية. واطاعة مثل هذا التنبيه امر شاق في الظروف الاجتماعية والعائلية والثقافية في مجتمعنا ، وهذا ما يؤدي الى التأخير في انهاء الحالة المرضية وفي بعض الحالات الى تعقيدها .

ان للسرعة في انهاء الحالة المرضية فائدة غير فائدة التقليل من امكانية استغلال المريض لمرضه. وذلك بمنع تطور الحالة المرضية عن طريق الفحوصات والمراجعات والاراء الطبية المختلفة ، وكل هذه تعطي المريض الفرصة لاكتساب اعراض مرضية جديدة وينبغي لذلك حصر المريض عن الاتصال والتعرض الى كل من يعرض حالته المرضية الى الازدياد او الاستمرار سواء كان ذلك في نطاق العائلة او خارجه .

ان اختيار الطريقة الملائمة في العلاج امر منوط بالطبيب المعالج وباسلوبه الخاص المستمد من خبرته في معالجة مثل هذه الحالات . وفي اختيار الطريقة العلاجية يجد الطبيب نفسه مضطرا لاختيار اقصر السبل واسهلها واكثرها فعالية والا دفع بالمريض الى طبيب آخر وثالث ، وهكذا . ولا بد في اختيار الوسيلة العلاجية من ان يؤخذ المستوى الثقافي للمريض بعين الاعتبار ، فكلما قلت الحدود الثقافية للمريض، كلما جاءت استجابته للعلاج بشكل اسرع ، وكلما سهلت الوسيلة العلاجية ، اما في الذين اتسعت آفاقهم الثقافية ، وتمكنوا من الحقائق الطبية ، فان ازالة الحالة المرضية قد يتطلب جهدا وزمنا طويلا . هذا وجميع الوسائل العلاجية يتوفر فيها عامل الايحاء مهما كان الاسلوب العلاجي. فالتنويم ، والتطمين ، واستعمال العقاقير والحقن ، ومختلف وسائل الاثارة الحسية من ضوئية وصوتية وكهربائية ، كلها تفرض على المريض نوعا من التأثر الايحائي ، ويؤدي

استعمالها الى حصر الحالة المرضية وزوال اعراضها . وليس من السهل اقـامة التفاضل بين طريقة واخرى من هذه الطرق الايحائية ، ولعل الاهم من ذلك هو مقدرة الطبيب الشخصية على الايحاء للمريض . وهذه قابلية لا يتمتع بها الاطباء جميعهم في حدود متساوية . وهي ملكة تعتمد ليس على العلم او الخبرة فقط ، وانما على الصفات الشخصية التي يدركها المريض بسرعة وتضعه في موضع التهيؤ لقبول الايحاء ونتائجه .

* * *

ان اللجوء الى التحليل النفسي باية طريقة كانت قد يكون فيها الفائدة في بعض الحالات المستعصية والمزمنة ، وقد يكون في مثل هذه العمليات التحليلية فائدة تنمية شخصية المريض وتوجيهها في اتجاه نفسي سليم وتمكينها من مجابهة الواقع بدون ضرورة اللجوء الى الانفعال المرضي كوسيلة لحل المشاكل والحصول على الاكتفاء والقناعة في علاقة الفرد مع محيطه ومع الناس . ومع ان من الممكن القيام بمثل هذه العمليات التحليلية في بعض الحالات ، الا ان هنالك الكثير من الموانع التي تجعل اللجوء اليها امرا متعذرا في معظم الحالات المرضية . ولعل من ادق الصعوبات العلاجية التي قد تنجم عن عمليات التحليل النفسي خاصة في مرض الهستيريا ، هو انتقال العاطفة المتصلة بموضوع معين وتركيزها على الطبيب المعالج بدلا من ذلك Transference وقد يؤدي ذلك الى تعلق المريض (الانثى عادة) بالطبيب المعالج الى درجة تجعل من الصعب تحريره من هذا الارتباط بدون تعريضه للانهيار ثانية ، وهذا وضع علاجي يتطلب منتهى الدقة والعناية والخبرة من الطبيب المعالج .

هنالك الكثيرون في الاوساط العامة وحتى في الاوساط الطبية ، ممن يرون علاقة بين الدوافع الجنسية وبين الانفعالات الهستيرية . وهم ينصحون بالزواج كوسيلة علاجية لانهاء المرض . ومع ان بعض حالات الهستيريا قد تستجيب لمثل هذا الاجراء ، الا ان الكثير من الحالات تزداد سوءاً وتعقيدا بسبب الزواج ، كما ان الكثير من الحالات تتأتى عن الزواج لما يفرضه ذلك من مسؤولية زوجية

وبيتية لا تستطيع الزوجة تحملها بسبب عدم الاكتمال في نموها العاطفي . وعلى ذلك فان البحث في امر الزواج يجب ان يكون كعامل من مجموعة اخرى من العوامل التي قد تفوق هذا الامر اهمية في بعض الحالات المرضية .

ولعل اهم ما في علاج مرض الهستيريا هو محاولة توجيه المريض وبناءشخصيته بشكل متكامل تمكنه من اقامة علائق واقعية مع محيطه وتجنبه اللجوء الى الانفعالات المرضية كوسيلة لحل مشاكله النفسية .

الكَآبَة النَفسيّة

Psychogenic Depression

الكـآبة ، كحالة من الشعور ، لون من الوان المزاج قل ان نجد من لم يتحسس به ولو لفترة قصيرة في حياته . وكحالة مرضية ، فقد عرفت الكآبة ووصفت منذ اقدم العصور وما تزال حتى البوم تجربة نفسية عامة الوجود عند مختلف الاجناس والثقافات . ولعل حالات الكآبة على كثرتها ، اكثر بكثير مما يظهر للناس وللاطباء على حد سواء .ذلك ان نسبة كبيرة ممن يعانون الشعور بالكآبة يضمون الشعور الى صدورهم ولا يبوحون به ، والكثيرون منهم يلجأون الى وسائل مختلفة لتبديد شعورهم بالكآبة . وتتباين هذه الوسائل حسب امكانيات الفرد وخصائصه النفسية . ويمكن اعتبـــار الكثير من مظاهر الانتاج الادبي والفكري وسيلة من هذه الوسائل ، كما يمكن اعتبار وسائل الادمان المختلفة ، من ابسطها كالتدخين والشراب ، الى المسكرات والمخدرات والعقـــاقير المهدئة والمفرحة رالمهلوسة دليلا على توفر عنصر الكآبة بدرجات مختلفة في نفوس جزء كبير من الانسانية بشكل عـــام . ومع ان معظ الحالات الكآبية لا تأتي الى اطلاع الاطباء ، الا اننا نلاحظ باستمرار كثرة ظهور عوارض الكآبة عند توقف الفرد عما تعود وادمن علية من مخدر او مهدىء او شراب او عمل .

يلاحظ في السنوات الاخـيرة ازياد واضح في عدد حالات الكآبة المرضية بنوعيها النفسية والعقلية في هذه البلاد ، وفي العـــالم بشكل عام . ولعل هذا الازياد اكثر وضوحا في تلك البلاد التي تمر بادوار سريعة من النمو والتطور في اوجه حياتها المختلفة . ولعل اهمية الكآبة في عصرنا الحاضر ليست فقط بسبب الكثرة المتزايدة التي نشاهدها في حالات الكآبة ، وانما بسبب الخطر الكامن في كل حالة من حالات الكآبة وهو خطر الانتحار . وهذا الخطر كثير الضحايا في البلدان والثقافات الغربية وخاصة الشمالية منها ، وهو خطر وان كان يبدو قليل

الاهمية عديم الوضوح في هذه البلاد ، الا ان هنالك من الملاحظات والاحصائيات ما تؤكد بانه خطر متزايد في بلادنا ايضـا ، وان لم يصل بعد الى الدرجة التي بلغها في بعض البلدان الاخرى .

★

ان الحياة المزاجية للفرد ، هي مظهر لامكانياته العاطفيه مهما كانت العوامل المقررة لهذه الامكانيات . وهنالك نواحي متعددة لهذه الحياة المزاجية ، التي يدركها ويتحسس بها المرء على انها حزن او فرح او غضب او حب او كراهية او كبرياء او ازدراء او خوف او قلق ، الى غير ذلك من الوان الشعور المختلفة . على ان حصيلة هذه المشاعر المختلفة ، ترتكز في محور ذا قطبين : اولهما يضفي عليه شعورا من اللذة (الفرح) ، والثاني يعطيه شعورا من الالم (الحزن او الكآبة) . والفرد الطبيعي في تكوينه النفسي يملك هذا المحور العاطفي بقطبيه ، ويتذوق الاحساس بالواحد او الآخر ، ومزاجه عرضة للتغيير او التقلب بينهما بحدود متفاوتة من الميلان الى اتجاه او آخر .وتوفر قابلية التحسس هذه بالحزن والفرح ، ضرورة لازمة للحياة النفسية الطبيعية لكل انسان . على ان هنالك بعض الناس ممن تميزوا بخصائص واضحة في شخصيتهم ، يكون من مظاهرها تغلب حالة الحزن او حالة الفرح عليهم ، وتسمى شخصيتهم تبعا لذلك بالشخصية الكئيبة او الفرحة حسب الصفة الغالبة للمزاج . كما ان هنالك بعض الناس ممن يتصفون بسرعة التبدل في المزاج مع الوضوح في قوته ، ويسمى هؤلاء باصحاب المزاج الدوري او المتقلب .والكثير من هذه الحالات المزاجية يتقبلهـا الناس ويتحملها اصحابهـا على انها جزءاً من شخصيتهم ، وقد لا يسعون لتبديلها او تحويرها او علاجها ، على انها في البعض الآخر قد تتطور وتزداد وطأة ، وبذلك تتدخل بنمط حياة الفرد ، وقابليته على العمل ، وتؤثر في تذوقه وتحسسه للحياة وفي علاقاته مع غيره في المجتمع.مثل هذه الحالات تصبح حالات مرضية تتطلب الاستشارة والعلاج .

★

ان من الصعب ، لاسباب كثيرة ، اعطاء بيانات احصائية يعتمد عليها عن نسبة حالات الكآبة في مجتمعنا ، خاصة وان المجتمع الذي نعيش فيه يتألف من مجموعات في درجات متفاوتة من التطور الاقتصادي والثقافي والاجتماعي . غير ان بعض الدراسات الاولية تفيد بان حوالي ٢٠ في المئة من حالات الامراض النفسية تتميز بوجود الكآبة كمظهر اساسي في المرض النفسي . وهي نسبة عالية لا تقل كثيرا عن نسبة وقوع الكآبة بين الامراض النفسية الاخرى في امريكا . ثم ان هذه الدراسات تؤيد الانطباع العــام ، بان مرض الكآبة قد زاد زيادة واضحة في السنوات الاخيرة ، وانه يعتبر الآن من الامراض المنتشرة التي تدعو الى اهتمام الباحثين وقلقهم . واذا كان هنالك الكثيرون من الاخصائيين الذين يعتبرون نسبة الكآبة في المجتمع دليلا على مدى التعقيد في حياة الفرد ، فان في ازدياد الكآبة في هذه البلاد بشكل فعلي وبالنسبة للامراض النفسية الاخرى ، مثل هذا الدليل على ازدياد التعقيد في حياة المجتمع الذي نعيش فيه .

اسباب الكآبة

ما هي الاســباب التي تجعل من الممكن او من الضروري احداث التقلب والتغيير في المزاج العاطفي للفرد بشكل زائد عن حد الاحتمال ، سواء جاء هذا التقلب ببطء او بسرعة ، وسواء لازم الفرد مدة طويلة او قصيرة ؟ . لعل من الصعب الاجابة على ذلك بتقديم تفسير واحد يعلل جميع الحــالات المرضية للكآبة التي يشكو منها المرضى . وهنالك نظريات مختلفة لتفسير الكآبة ، من نفسيه وتكوينية وعضوية وغيرها ، على ان بعض هذه النظريات وان تأكد منطقها في بعض الحالات ، الا انها لا تفسر الكثير من الحالات الاخرى ، ممــا يحملنا على الاعتقاد بان هنالك عدة عوامل مشتركة تتضافر في احداث حــالة الكآبة . ثم ان هنالك الكثير من حالات الكآبة التي تحدث بشكل تلقائي وبدون سبب واضح يفي بتفسيرها ، ومثل هذه الحالات تتطلب ايضا بحثا ممــاثلا عن عوامل خفية ، من نفسية او تكوينية او عضوية ، قد لا يمكن بيانها بسهولة .

لقد فسر الكثيرون من علماء النفس الكآبة النفسية وردوها الى اسباب نفسية مختلفة ، ومن النظريات التي وردت في ذلك : --

١ -- الكآبة تنتج عن شعور الفرد بالفشل في الحصول على الحب والعطف الكافي في السنوات الاولى من الطفولة .

٢ -- الكآبة تمثل الصراع الناتج عن شعور الانسان بالفشل والخسارة والحرمان. فمثل هذه الامور تؤدي في الشخص السوى الى الغضب والغيظ والرغبة في التعدي ، غير ان من كان مهيأ بالطبع بشخصية كئيبة ، فهو لا يستطع التصرف بهذا الشعور من الغضب والغيظ بالتعدي ، ولا بد له ان يكظم ذلك بقلب هذا الشعور الى حصر و كآبة . وعلى ذلك تكون الكآبة بمثابة « تجميد » لحالة الغيظ . مع العلم ان عملية الفشل هذه، والصراع الناتج عنها ، امور غير واضحة في وعي المريض، ولا فائدة من اقناعه بوجودها .

٣ -- توفر « الأنا العليا » في الفرد الكئيب بصفات قاسية شديدة وغير متسامحة . ويعتبر علماء النفس التحلي ون ، ان هذه الصفات مستمدة من سلطة الاب الذي يتصف بهذه الصفات ، وان الفرد يستوعبها في صغره ويتمثلها في طفولته بشكل تدريجي، وتصبح له كالضمير . ولهذا فهم يعتبرون الكآبة ألماً نفسياً، وهي نتيجة لتعذيب الضمير . وهم يفسرون الماسوقية « Masochism »وهي شعور الفرد باللذة عن ايلام النفس او تعريضها للالم ، على هذا الاساس .

٤ -- تعتبر الكآبة في نظر البعض دليلا على عدم قدرة الفرد على الحب بدون كراهية ، او العكس بالعكس . كما يعتبرها البعض دليلا على توفر التعارض العاطفي بشكل واضح « Ambivalence » . ويرى اخرون بان الكآبة تنجم عن كبت الكراهية في اللاوعي . او في قلب ووح التعدي في الفرد وتوجيهها الى نفسه بدل الغير .

٥ -- تأتي الكآبة كوسيلة لعقاب الفرد لنفسه بسبب شعوره بالاثم لحبه النوجسي لنفسه في الصغر .

٦ – وان الكآبة هي ايلام النفس ، الذي يرمز الى ما تقمصه الانسان في نفسه من شخص او موضوع يرغب في ايذائه ، سواء كان هذا الشيء موضع حب او كراهية او صراعا بين العاطفتين .

★

مهما كانت قيمة هذه النظريات النفسية من ناحية واقعيـــة وعلاجية ، فمما لا شك فيه انها القت ضوءاً أزال الغموض عن الكثير من العمليات النفسية المعقدة في حياة الانسان . ومع صعوبة ادراك الكثير من هذه العمليات النفسية ، الا اننا لا نستطيع اغفال اثرها . ومن النظريات التي حاولت تفسير الكآبة ، نظرية المدرسة الوجودية التي ترى بان بداية « وجودية الانسان في عالمه » هي حالة من الوحدة والقلق ، وان قـــرب الموت هو الحقيقة الاكيدة الوحيدة . وترى هذه النظرية ان الكآبة ما هي الا توقف شعور الفرد « بالزمن الذاتي » . ونظرية التطبيع الشرطي (باقلوف) ، هي احدى النظريات التي حاولت بدورهـا ان تفسر الكآبة كما فسرت غيرها من الحـالات المرضية النفسية . وبالنسبة لهذه النظريه فان الصدمات التي يتعرض لها الطفل في صغره ، والنـاتجة عن تكرر التجارب المؤلمة ، كالفشل والحرمان والصدود ، توجد حالة من تطبع المزاج في اتجاه الكآبة ، مما يمكن استغلالة واستثارته في تجارب الكبر ، خاصة اذا كانت هذه التجارب مشابهة لتجارب الصغر . ولعلنا تجد تقاربا واضحـا بين بعض المدارس النفسية وبين انصار هذه المدرسة البافولوفية في تعليل الكآبة .

ان كثرة حالات الكآبة ، وظهور الكثير منهـا بدون اي سبب ظاهري ، قد جعل من الضروري افتراض ما يسمى بالاستعداد التكويني للفرد نحو الكآبه . والواقـع اننا نفترض وجود هذا الاستعداد في كل فرد مهما كانت درجة وقوة العوامل المسببة والمفاعلة الاخـــرى . ويكون هذا الاستعداد في اقصى حدوده عندما تحدث الكآبة بشكل تلقائي صرف . ومثل هذه الحالات كثيرة ، وتسمى بحالات الكآبة التلقائية او الداخلية 'Endogenous Depression' كما تسمى تسمى الكآبة الحادثة باثر عامـل واضح ترد اليه ، بالكآبة التفاعلية Reactive Depression . على اننا يجب ان ندرك ان الكثير من التجارب النفسية

التي لا نقيم لها وزنا او اهميه بالنسبة للحياة النفسية للشخص السوى ، قد تكون ذات اثر هام وفعال في ترسيب الكآبة بالنسبة للشخص المهيأ لذلك ، سواء جاء ذلك بسبب القيمة الرمزية ، او الخاصة ، للتجربة المذكورة ، او انها جاءت في الوقت المناسب ، مما اكسبها فعالية خاصه لم تكن تتوفر لها لو جاءت في وقت سابق . كل هذه الملاحظات توجب ضرورة تحليل العوامل المختلفة التي تتشارك في تكوين حالة الكآبة وترسيبها .

*

ان ظهور عارض الكآبة في الكثير من الامراض العضوية، خاصة التي تصيب الدماغ ، وفي بعض حالات الحمى واضطرابات الهرمونات ، كما يحدث في الكآبة والاحتصار الذي يسبق الحيض او يصاحبه في النساء « Premenestrual Tension » ، وفي الشعور بالكآبة الذي قد يظهر في سن اليأس ، وحالاب الكآبة التي قدتأتي بسبب اضطرابات كيمياوية حياتية ، او بسبب تناول المخدرات او العقاقير ، كل هذه جلبت الانتباه والاهتمام الى امكانية توفر سبب مادي يفسر الكآبة على اساس عضوي . والابحاث العلمية المستمرة على الادوية المضادة للكآبة (المفرحات) ، تقوم على هذا الاساس . على ان من الواضح ان مثل هذه الابحاث ، مهما كانت نتائجها ، سوف لا تنفي اهمية العامل التكويني ولا العامل النفسي في الكآبة . وعلى العكس فان هذه الابحاث ستعطي كلا من العاملين تفسيرا يحكم الارتباط بين التجربة النفسية من ناحية ، وبين العمليات العاطفية والفسيولوجية من ناحية اخرى .

الكآبة والثقافة والمجتمع

هنالك تفاوت واضح بين نسبة وقوع الكآبة في البلدان المختلفة . ويرد بعض هذا التفاوت الى الفروق بين هذه البلدان في النواحي الثقافية والاجتماعية والدينية . فهنالك بعض الثقافات التي تعكس تأصل الالم الحزن في نفوس الناس والتي تغذي الشعور بالكآبة كمظهر من مظاهر الحياة العاطفية للافراد الذين ينتمون الى تلك الثقافات . ويتضح ذلك من بروز نزعة الكآبة في اوجه الحياة الثقافية المختلفة ،

من ادب وشعر وموسيقى ورقص وغناء وفنون أخرى. ولعل نمط الحياة الاجتماعية في بعض نواحيه ، لا يمكن تفريقه عن اوجه الحياة الثقافية لشعب ما . ولما كان الانسان وحدة اجتماعية ، سواء جاء ذلك مطابقا لطبعه او بالضرورة ، فان المجتمع الثابت والمتماسك يعتبر قوة مانعة لحدوث الكآبة ، امـــا تلك المجتمعات التي اتجهت في حياة افرادها اتجاها فرديا ، وحدانيا ، لا اتجاها عائليا متماسكا ، فان الكآبة اكثر وقوعا بين افرادها . واول مثل على ذلك ، الدراسات المقارنة على بلدين متجـــاورين ، السويد والنروج . ففي البلد الاول ينمو الطفل من صغره فرديا ، معتمدا على نفسه ، محدود الارتباط العاطفي والاجتماعي حتى بافراد عائلته ، بينما تعتبر العائلة في النروج الوحدة المتكاملة في حياة الفرد . ولعل هذا يفسر كثرة حوادث الكآبة والانتحار في السويد ، وقلتها النسبية في النروج . وما يلاحظ في هذين البلدين يلاحظ في بلدان اخرى . ولعل من الطبيعي ان تكون فردية الانسان ووحدته وانعزاله ، كلها عوامل تشعره بالقلق وفقدان الطمأنينة واللا أملية في الحياة ، وبالتالي الى الكآبة . وهذا ما يحدث بالفعل عندما يضطر الانسان للتخلي عن روابطه الاجتماعية التي تعود عليها والعيش في ظروف ومجتمع جديد لا يجد فيهما من السهل عليه اقامة روابط جديدة ووثيقة يستبدل فيها ما تخلى عنه في الماضي . وهذا يفسر زيادة وقوع حالات الكآبة بين من شملهم هذا التغير في حياتهم الاجتماعية وخاصة في حالات التغرب والهجرة والسكنى الفردية في المدن الكبيرة . وتدل الاحصائيات ، ان حالات المحاولات الانتحارية تزيد في من اصابهم هذا التغير اكثر من غيرهم ممن حافظوا على اسلوبهم وعلاقاتهم العائلية والاجتماعية بدون تبديل او تغيير .

وللعقيدة الدينية اثرهـا ايضا في توجيه الانسان نحو الكآبة او عكسها . ويأتي ذلك عن طريق المدى الذي تؤكد فيه الديانة على الشعور بالاثم وخاصة في وقت مبكر من الحياة ، كما يأتي عن طريق الطقوس والشعائر الدينية المتبعة في كل ديانة. وعلى سبيل المثال فان المذهب الكاثوليكي اكثر من المذهب البروتستاني تأكيدا على الشعور بالاثم (كجزء من المسؤولية العـــامة لصلب المسيح) .

كما ان الطقوس المتبعة في هذا المذهب تعزز هذا الشعور وتغذي النزعة الماسوقية الكآبية في حياة الفرد . اما الديانة الاسلامية فهي من اقل الديانات توجيها للنفس نحو الكآبة ، ومن اسباب ذلك انهـــا ديانة مباشرة في تحديد المسؤولية عن الذنب. ولا تترك مجالا واسعاالقيام حالات الصراع النفسي الذي نجده في بعض الديانات الاخرى .

ومع اهمية العوامل الثقافية والاجتماعية والدينية في التأثير على نسبة وقوع الكآبة بين مجتمع وآخر ، الا اننا نجد ان تعرض هذه العوامل للتغيير هو اكثر اثرا في ترسيب حالة الكآبة بين الافراد او الجماعات التي يشملهـا هذا التغير ، وخاصة اذا كان ذلك التغير في اتجـــاه عزل الفرد وتجريده من اسباب الضمانة النفسية المستمدة من ثقافته ومجتمعه وتمسكه بديانته . وهذا ما هو حادث بالفعل في الكثيرمن البلدان المتطورة، وخاصة في تلك البلاد التي اصابها التطور بسرعة وامعن في تشتيت الاسس المتوارثة لمقومات الحياة فيها .

الاسباب المباشرة للكآبة النفسية

الكثير من حالات الكآبة ترتبط بسبب تعزي اليــه بشكل مباشر . وقد يكون هذا السبب آنيا يؤدي الى الكآبة في خلال دقائق او ساعات ، وقد تمر فترة تتراوح بين الساعات والايام والاسابيع قبل ظهور الاثر . وتكثر ملاحظة هذا التفاوت الزمني في حالات خسارة احد الاقرباء بالسفر او الوفاة. وقد يبدو في الكثير من الحالات الاخرى ان السبب المباشر لا يبرر قيام الحالة المرضية ، بالنظر لتفاهته ولتعرض المريض الى امثالة عدة مرات في الماضي وبدون رد فعل يذكر . ومع ذلك فيجب النظر الى مثل هذه الاسباب، اما كحلقة اخيرة في عملية تفاعل اوشكت على الوقوع ، وان العامل المرسب لها مهما كانت طبيعته ما هو الا تجربة مصادفة يمكن لغيرها احداث عين الاثر ، واما النظر اليهـا من الوجهة الرمزية في حياة المريض النفسية ، وهو امر يستدعي تحليلا نفسيا واسعا وعميقا .

« مثال » آنسة في الثلاثين من عمرها جاءت تشكو من حالة شديدة من الكآبة وذكرت بان اكثر من فرد من عائلتها قد اصيبوا بحالات مماثلة في الماضي . وقد افادت بان الحالة المرضية قد بدأت في خلال ساعات من افاقتها من النوم على اثر حلم كابوسي . فقد رأت في النوم انها تجادلت مع خطيبها وأدى ذلك الى فراق بينهما.وافاقت في حالة رعب . وبدأت من تلك اللحظة تسترسل في افكار متلاحقة .. الان مخطوبة وبعد سأتزوج وسيكون لي بيت واولاد ثم اتجـادل مع زوجي ... وسيؤدي الجدال الى خصام ... ثم فراق .. وطلاق ..ولم تستطع ايقاف هذا السيل المستمرمن الفكر .. الذي انتهى بشعوورها باليأس والحزن والحصر والتشاؤم في الحياة والرغبة في الموت .

★

وفي تحليل الاسباب المباشرة ،نجد ان اكثرها ورودا هي الوفيات العائلية، والفراق بين افرادها ، وهذا يدلل على مدى التماسك العائلي والتواكل العاطفي الموجود في مجتمعنا . وهنالك نسبة كبيرة من الطلبة المغتربين عن اهلهم فيداخل البلاد وفي خارجها ممن يعانون ولو لفترة من الزمن درجات مختلفة من التحسس بالكآبة والقلق.وقد تبلغ هذه الحالات حدا من الشدة تؤثر في قابليتهم الدراسية وتضطرهم الى العودة الى اهلهم . ومن العوامل المبـاشرة الاخرى تحسس الفرد بالفشل والاخفاق ، سواء كان ذلك في الامور المـادية او المعنوية كالحب والزواج والطلاق او الفشل في التحصيل الدراسي او التقدم الاجتماعي . ومن العوامل الهامة ايضا حالات الخصومة والغضب والشدة والخوف التي قد يتعرض لها بعض الناس . وليس من الضروري ان يكون المرء طرفا في هذه التجارب ، ويكفي في بعض الحالات ان يكون مشاهدا لها او سامعا لحوادثها . على ان اكثر هذه الحالات ترسيباً للكآبة هي التي تقع ضمن الاطار العائلي .

نسبة الكآبة في المجتمع

ان من المتعذر اعطاء بيانات يوثق بها عن مدى نسبة وقوع الكآبة كمرض في هذه المنطقة من العالم . ومن الصعب تبعا لذلك تقدير الاهمية النسبية للعوامل المسببة للكآبة التي سبق ذكرهـا . على ان من الواضح ان مزاج الفرد في هذه البلاد ، مع سرعة تحوله وتقلبه ، يميل على العموم الى اتجـاه الكآبة . وهو لا يبتعد عن هذا الميل الا لفترات قصيرة الامد لا تلبث ان تنقضي ، ومعظمها تأتي

بمحاولات مجلوبة لتبديده . واكثر هذه المحاولات تفعل ذلك باثارة التحسس بالألم عن طريق الغناء والشعر والموسيقى ، وفي جميعها يغلب الشجن والاسى والحزن. وقد يرد هذا المزاج السوداوي لدى معظم الناس الى التجميد المتواصل للاحاسيس، مع ما يخلقه ذلك من شعور بالفشل . وعملية التجميد هذه ، والفشل المصاحب لها ، تبدأ في سن الصغر وتلازم المرأ بالضرورة معظم حياته . واذا ما اضيف فعلها الى ما تحدثه طبيعة الحياة من توجيه الفرد نحو الانطوائية والتأمل، فان حصيلتهما تؤصل المزاج الكئيب في الفرد الاعتيـادي الى الحدود التي يصعب تغييرها بسهولة او الافلات منها بحرية وانطلاق .

✶

مع ان بعض نواحي الحياة الاجتماعية والثقافية والدينية تعمل في اتجـاه يقلل من نزعة الكآبة في حياة الفرد ، الا ان هذه العوامل غير كافية لمحو التوجيه الاصيل نحو الكآبة ، والذي تبدأ معالمه في سن مبكرة . يضاف الى ذلك ان هذه البلاد ، كغيرها من البلدان المتطررة والتي خضعت لعمليات سريعة من التغير في مجالات الحياة المختلفة ، قد تأثرت معالم الحياة التقليدية فيها الى حدود بعيدة من التغير والتحول والتشكك والاضطراب . وجميـع هذه الامور زادت في شعور الفرد بوحدته وانطوائيته وعدم اطمئنانه، وكل هذه عوامل تزيد في اجهاد النفس وترسيب الكآبة . والدراسات المحدودة في هذا الشأن تشير الى ان اكثر طبقات المجتمع تعرضا الى هذا التغير في نمط حياتها هي اكثرها عرضة للاصابة بحالات الكآبة . وهذا ينطبق على الطبقة الوسطى اقتصاديا واجتماعيا بشكل خاص ، فقد ارتفعت نسبة وقوع الكآبة في هذه الطبقة بشكل سريـع وملحوظ في خلال السنوات الاخيرة ، مما يؤكد ان عوامل الارهاق النفسي في هذه الطبقة اكثر ورودا وشدة منها في اي طبقة اجتماعية وثقافية واقتصادية اخرى .

الكآبة والعمر

ان الملاحظ في هذه البلاد ، وهو امر يصدق على جميـع الامراض النفسية ،

ان الكآبة تحدث في سن مبكر نسبيا اذا ما قورنت بسن وقوعها في البلدان الغربية . والكثرة من المرضى المصابين بالكآبة يقعون في المرض بين سن العشرين والثلاثين . وهنالك ما يدل على ازدياد هذه الحالات في من كان عمرهم دون العشرين . وعلى نقيض ذلك فان حالات الكآبة في البلدان الغربية يكثر وقوعها في منتصف الحياة وما بعدها . وتفسير هذه الظاهرة يعود الى ان الجيل الناشيء في هذه البلاد يتعرض الى عوامل القلق والفشل والحيرة والاضطراب في حياته النفسية في وقت مبكر ، وهو لا يتمتع بالامكانيات التي يصح اعتبارها واقية او مبددة لهذه العوامل سواء كانت ثقافية او اجتماعية او رياضية . اما في البلدان الغربية فان هذه الامكانيات اكثر تيسيرا في سن الشباب واكثر تصريفا لطاقاته وحاجاته النفسية والبايولوجية . وعلى عكس ذلك ، فان الافراد في سن متأخرة من الحياة ، هم اكثر شعورا بالاستقرار والضمان العاطفي والمادي والمعنوي من امثالهم في البلدان الغربية . ويرد ذلك الى النظام العائلي السائد حتى الآن في هذه البلاد، والذي ما زال يضع المسنين في العائلة في مركز الاهمية والتقدير؛ ومثل هذا الوضع قليل الوجود في البلدان الغربية التي تجزأت فيها العائلة اجتماعيا واقتصاديا مما أجبر الفردان يعيش النصف الثاني من حياته في عزلة نسبية ، اجتماعيا واقتصاديا وعاطفيا. وفي هذه العزلة الاضطرارية تنمو بذور الكآبة التي يكثر وقوعها هناك في هذه الفترة من الحياة. على اننا نلاحظ في هذه البلاد ايضا ازدياد حالات الكآبة في الاعمار التي تتجاوز الخمسين . وتعليل هذه الزيادة يعود الى اننا نسير بسرعة في اتجاه التجزأة العائلية التي تؤدي الى عزلة الفرد في النهاية . وهذه بوادر خطيرة ، ولعله لا بد من قيامها وازديادها مع مرور الزمن .

القلق والكآبة

هنالك صلة وثيقة بين القلق والكآبة . فالمرضان يشتركان معا في الكثير من الاعراض المرضية ، ثم ان العمليـــات النفسية لكل منهما تتشابه كثيرا وكذلك

الاسباب الظاهرية المؤدية الى كل منهما . والملاحظ ان معظم الاسباب التي تدعو الى قيام حالة القلق قد تؤدي في بعض المرضى الى قيام حالة الكآبة ايضا . واهم هذه الاسباب كل مـــا يهدد شعور الفرد بالضمان المادي والجسمي له ولعائلته والمعتمدين عليه ، وكل تجربة او وضع يزيد في ضرورة تحمله المسؤولية، وكل ما يهدد احترامة وتقديره لنفسه في نظر الآخرين في المجتمع الذي يعيش فيه. وهنالك من يرى ان الكآبة كغيرها من الامراض النفسية الاخرى ما هي الا حالة مرضية تقوم كوسيلة دفاعية الغاية منها منع ظهور القلق . ويرى آخرون ان الكآبة هي احدى المظاهر الغير مباشرة التي يتحول اليها القلق والصراع النفسي . ويدللون على ذلك بالتقارب الظاهر في نسبة وقوع كل من المرضين، بالاضافة الى كثرة الحالات المرضية المشتركة بينهما والتي يعبر عنها « بقلق الكآبة » او « كآبة القلق » تبعا لتغلب احد العارضين على الآخر . ويجدر القول هنا ان معظم حالات الكـآبة في هذه البلاد هي من النوع الذى يشترك فيه مرض القلق مع الكآبة بدرجات متباينة من الشدة . ومثل هذه المشاركة اقل وضوحا في الثقافات والمحيطات الاجتماعية الغربية اذ نجد مرض الكـآبة في الكثير من الحالات ينفرد بوضوح اعراضـــه المرضية . ولعل هذا يعلل اشتداد حالة الكآبة وتطورها الى كآبة عقلية ، كما يعلل كثرة حوادث الانتحار في الغرب .

الكآبة والانتحار

التفكر بالموت والرغبة فيه احيانا ،تجربة نفسية تكاد تكون عامة الوجود عند جميـع الناس وفي جميـع الحضارات ، وخاصة عند تعرض الانسان الى مـا يشعره بالفشل او المرارة او الخسارة . وورود هذه الافكار ، وحتى تكرارها، لا يعني بالضرورة وجود حـالة الكـآبة او النية بالقيام بالمحاولة الانتحارية . وهنالك من يعتقد (فرويد) بان الرغبة في الموت هي احدى غريزتين هـامتين تنازعان الانسان : غريزة الحيـــاة وغريزة الموت . ويرى آخرون بان العملية الانتحارية ما هي الا تعبير رمزي عن قوة غريزة التعدي في نفس الانسان ، وان

هذه القوة تتحول من مجراها ضد الغير ، الى الاضرار بالنفس . ويعللون هـذا التحول الى قيـام الشعور بالاثم ، وعقاب النفس تكفيرا لذلك . والمحاولات الانتحارية الناجحة او الفاشلة منها تحدث لاسباب متباينة . ففي بعض التقاليد والحضارات يقوم بعض الافراد بالانتحار رمزا للتضحية والفـداء ، ويقوم به آخرون كوسيلة لتبرير النفس او تمجيدها او لمعاني اخرى . وتتبـع المحاولات الانتحارية في بعض الامراض النفسية يشير الى انها محاولات الهدف منها جلب الانتباه والاهتمام ، او حل مشكلة او موقف يتعذر حلهـا بالوسائل العملية الاخرى . كما تحدث المحاولات الانتحارية في بعض الحالات الشديدة من المرض التسلطي الالزامي،وفي بعض الحالات الشديدة من الاعمال الاندفاعية في المرضى المصابين بالشخصية السايكوباثية ، كمـا تحدث في الامراض العقلية وخاصة الكـآبة العقلية ، وفي حدود اقل في مرض الشيزوفرينيا .

★

ان اهم واخطر مـا في مرض الكـآبة هو امكانية قيام المريض بالانتحار . ومثل هذه الامكانية لا يمكن التقليل منها في أي حالة من حالات الكـآبة .ومع ان طول مدة الكابة وعمقها اكثر ملائمة للمحاولة الانتحارية ،الا ان نسبة كبيرة من حالات الانتحار ، وخاصة في دور المراهقة وفي سن الشباب ، تحدث بشكل اندفاعي سريـع وعلى اثر تجربة نفسية طارئة تثير في النفس الكآبة والانفعال والرغبة في الموت دون توفر انذار سابق من مرض الكآبة او النية على الانتحار. والواقع ان معظم الحالات الانتحارية التي نشاهدها في محيطنا هي من هذا النوع الانفعالي الاندفاعي السريـع الذي يأتي ويتم بدون مقدمات مرضية . كما تدل على ذلك بعض الامثلة التي اوردها فيما يلي :

(مثل ١) « رجل في الثلاثين من عمره ، ثقافته ابتدائية ويعمل كسائق في احدى المصالح، كان يشاهد فيلما سينمائيا عاطفيا اثار فيه انفعالا شديدا مع الشعور بالاثم عن عمل قام به في الماضي. وبعد انتهاء العرض سار على الجسر وهو يعاني هذا الشعور الطارىء . فما ان وصل منتصف الجسر حتى رمى بنفسه في المـاء بقصد الخلاص من هذا الشعور . هذه الحـالة تدل على امكانية المحاولة الانتحارية بدون توفر حالة سابقة من الكآبة ، كما تشير الى السرعة الاندفاعية ، والى اهمية عامل الأثم في الدفع الى الانتحار عند بعض الناس .

(مثل ٢) « فتاة في التاسعة عشرة من عمرها ، طالبة في الثانوية ، من طبعها سرعة الانفعال ، تجادلت مع اخ لها فضربها وفي خلال دقائق تناولت زجاجة من النفط وشربت معظمها ، وقد انقذت الفتاة بعد جهد عظيم » .

هذه الحالة كالسابقة تشير الى سرعة الانفصال الكآبي في بعض الناس ، والى اللجوء الى ما تيسر في الحال من الوسائل الانتحارية .

(مثل ٣) « آنسة في العشرين ، طالبة في احدى الكليات ، اقدمت على الانتحار ثلاث مرات بسبب جدل عائلي لمخالفة اهلها في زواجها . وفي كل مرة كانت تتناول كميات كبيرة من « اللومنال » وقد انقذت حياتها في كل مرة . وبعد ان حصلت على ما ارادته انتهت محاولاتها الانتحارية » .

هذه الحالة تشير الى الجمع بين التصميم السابق ، والعمل الاندفاعي بنتيجة الانفعال العاطفي الآتي . ومثل هذه الحالات يجب تداركها والوقوف على اسبابها بالنظر للامكانية الواضحة في معاودة المحاولة الانتحارية . ومع ان بعض المحاولات الانتحارية في مثل هذه المواقف ذات طابع صوري ، الا ان مثل هذه الحالة ذات طابع جدي بالنظر الى المقادير الكبيرة المأخوذة من المنوم .

(مثل ٤) « سيدة اجنبية في الثلاثين من عمرها ، كانت تعاني كآبة مستديمة بسبب ظروفها العائلية وخلافها مع زوجها . وفي مساء احدى الايام ، وبعد ان اطعمت ولديها واعدتهما للنوم ، تناولت مئة حبة من مادة « الثيومنال » ، وبعد عدة ساعات من النوم العميق اكتشف الامر ، ونقلت الى المستشفى ، وتم انقاذها . وقد تبين تصميمها السابق على الانتحار كوسيلة فعالة لانهاء مشكلتها العائلية التي لم تعد تطيقها » وبعد انقاذ المريضة تغيرت ظروف المريضة الى احسن وتركت البلاد . ولم تعاود المحاولة ثانية » حتى الان .

هذه الحالة تشير الى التصميم السابق والاعداد له بدقة ومثل هذه الحالات كثيرة الوقوع في الغربيين .

(مثل ٥) « سيدة في الثلاثين ، متزوجة ولها اولاد ، ثقافتها جامعية ، كانت ترى ان ظروفها العائلية ونمط الحياة عبئاً ثقيلا عليها . اقدمت على الانتحار ثلاث مرات بتناول كميات كبيرة من المنومات وفي كل مرة كانت تتناول مقدارا اكبر من السابق . وقد اتضح من التحدث للمريضة بين المحاولات الانتحارية انها تعاني مزاجا كئيبا منذ الطفولة . وانها ترى الحياة كئيبة بسبب هذا المزاج المتأصل . واخيرا اقدمت على المحاولة الرابعة والاخيرة التي اودت بحياتها » .

تزايد حوادث الانتحار

حوادث الانتحار كثيرة الوقوع في البلدان الغربية وخاصة الشمالية منها مثل السويد والدنمارك وفنلندا والمانيا والولايات المتحدة . وتتراوح نسبة الحوادث الانتحارية المؤدية للوفاة في هذه البلاد بين ١٠ الى ٣٠ من الوفيات في كل مئة الف من السكان . وتدل الاحصائيات ان عدد الوفيات من هذا السبب قد بلغت حوالي ٣٥ الف في سنة ١٩٦٣ في الولايايات المتحدة وفي بريطانيا حوالي ٦ الاف . على ان الخبراء يعتقدون بان العدد الصحيح يبلغ حوالي ضعف هذه الارقام بالنظر الى كتمان اسباب الوفـاة في بعض حالات الانتحار ، او لعدم الاعلام عنها . واذا اضيف الى هذه الارقام تلك الحالات التي قام بها اصحابها بالانتحار بوسائل غير مباشرة بتعريض انفسهم عمدا الى التهلكة ، كالتهور في السياقة وغيرها من المخاطر ، فان نسبة حوادث الانتحار تصبح عدة اضعاف ما تظهره الاحصائيات الرسمية المنشورة عن مختلف البلدان .*

★

وفي الوقت الذي تدل فيه الاحصائيات على ارتفـــاع قليل في نسبة الانتحـــار في بعض البلدان في خلال العشر سنوات الاخيرة (المانيـــا الغربية – جنوبي افريقيا – وهنغاريا) ، فان هذه النسبة قد انخفضت في بعض البلدان الاخرى بشكل ملحوظ (النمسا – الدنمارك – اليابان – السويد وسويسرا) . اما في هذه البلاد فقد ارتفعت النسبة ارتفاعا ملحوظا في خلال المدة ذاتها . ومع انه لا توجد ارقام رسمية تؤيد ذلك ، الا ان المؤلف في دراسة شخصية عن موضوع الانتحار في العراق قد لاحظ هذه الزيادة بشكل واضح . ففي الفترة بين ١٩٥٥ وحتى ١٩٦٢ جمع ٢٥ حالة انتحارية بينما جمع ٧٣ حالة في ١٩٦٣ – ١٩٦٤ . ومع ان معظم هذه الحالات في الفترتين هي حالات انتحارية

---

* لا يدخل في هذه الاحصائيات الحوادث الانتحارية الفاشلة ومن المتعذر حصر هذه الحوادث . فمعظمها لا يعلم عنه رسميا والكثير منهـــا لا يعلم به حتى الاطباء . ويعتقد ان هنالك عدة حوادث انتحارية فاشلة مقابل كل حالة ناجحة تنتهي بالموت .

غير ناجحة، الا ان الارقام تدل على زيادة مطرّدة في عدد حالات الانتحار . وهي زيادة مستمرة ولكنهـــا مع ذلك لم تبلغ الحدود التي وصلتها نسبة الانتحار الناجحة او الفاشلة في البلدان الاخرى . ويمكن تفسير زيادة حوادث الانتحار في هذه البلاد والبلدان العربية وغيرها من البلدان المتطورة عموما، بسبب ارتباط الانتحار الوثيق بالكآبة ، وهذا المرض كما ذكر في مطلع هذا الفصل في تزايد مطرد في البلدان النامية والمتطورة حديثا . ثم ان اعراض الكآبة على العموم قد بدأت تميل الى خصائص الكآبة التي تشاهد في الغرب من ناحية العمق والشدة ، وهذه الخصائص تجعل حدوث الانتحار اكثر احتمالا . يضـــاف الى ذلك ان الوسائل الأنتحارية الحديثة اكثر تيسرا واقل ايلاما من الوسائل القديمة كالحرق والسقوط من علو وغير ذلك من الاساليب العنيفة مما جعل الانتحار الحديث عملية اكثر دقة ورقة وسهولة .

✶

ومن تحليل العوامل الايجابية المساعدة على الانتحار في البلدان الغربية، يذكر الخبراء العوامل التاليـــة (طول العمر خـــاصة في الذكور — الترمل — عدم الزواج ، الطلاق ، عدم انجاب الاطفال ، تكاثف السكان ، السكنى في المدن الكبيرة ، ارتفاع مستوى المعيشة ، الازمات الاقتصادية ، تناول المسكرات ، المرض العقلي او الجسمي) وفي تحليل الظروف التي يعتقد بانها مضادة للانتحار ، تذكر الامور التالية : (الحياة والعمل في الريف ، الالتزام بالدين ، الزواج ، عائلة كبيرة من الاطفال ، ومستوى اجتماعي واقتصادي وثقافي اقل من معدل ما يتمتع به المجتمع) .

المظاهر المرضية المنذرة بامكانية الانتحار

الكثير من حالات الانتحار الناجحة او الفاشلة تتم بدون انذار مسبق بعزم المريض على محاولتها . ومثل هذه المحاولات في بعض المرضى هي الاشارة الاولى لوجود حالة الكآبة . واكثر المرضى تصميما على القضـــاء على حياتهم، هم اكثر

المحاولين للانتحار كتمانا لعزمهم ، خوفا من احباط محاولتهم. وهم لذلك يختارون الوقت والوسيلة التي تضمن هذا النجاح . ومع ان معظم حالات الانتحار التي نشاهدها عمليا تتم بسرعة ، وعلى اثر عامل آني او حديث الزمن ، الا ان بعضها يأتي اثناء مرض الكآبة . وفي مثل هذه الحالات توجد بوادر تنذر بامكانية القيام بمحاولة انتحارية ۰ والمظاهر المرضيه التي تشير الى هذا الاحتمال هي ما يلي : —

١ — توفر حادثة انتحار سابقة فى عائلة المريض .

٢ — تهديد المريض بالانتحار او قيامه بمحاولة جزئية في الحاضر او في السابق .

٣ — حديث المريض عن عدم جدوى الحياة . ورغبته في الموت .

٤ — شعور المريض المتزايد بالاثم وتحميله لنفسه مسؤولية لم يكن مسؤولا عنها في الحدود التي صورها لنفسه .

٥ — وجود مخاوف متسلطة وملحة بان المريض سيفقد السيطرة على عقله وتصرفاته .

٦ — وجود اعراض اندفاعية في تصرفاته .

٧ — ادمان المريض على المسكرات او المنومات وتناولها بمقادير زائدة .

٨ — في حالة عيش المريض لوحده ، او في جو عائلي لا تجانس فيه .

✶

إن تقدير الوضع الاجمالي للمريض اهم من توفر عامل واحد من العوامل التي ذكرت اعلاه . اذ كلما كثرت هذه العوامل ، كلما كان الاحتمال بارتكاب المحاولة الانتحارية اكثر امكانية . ويجب على الطبيب المعالج ان يكون واعيا مدركا لهذه العوامل ولغيرها في حالة المريض ، كما يتحتم عليه ان يعيد تقديرها ووزن احتمالاتها في كل زيارة مرضية يقوم بها المريض . وعليه ان لا يضلل بالتحسن الظاهر في الكآبة ، ويسلم بزوال الخطر ، ذلك ان الكثير من حالات الانتحار تحدث في دور النقاهة من الكآبة عندما تتوفر للمريض القوة والنشاط للقيام بما وطن العزم عليه .

الكآبة النفسية والكآبة العقلية

الكآبة النفسية هي الكآبة التي تحدث ضمن نطاق الاضطراب النفسي ، اما الكآبة العقلية فتتميز بالصفات التي تتصف بها الامراض العقلية ، والفرق بينهما هو الفرق بين خصائص الامراض النفسيةوبين خصائص الحالات العقلية . على ان من الصعب في الكثير من الحالات تعيين الحد الفاصل الذي تنتقل فيه الكآبة من المجال النفسي الى المجال العقلي ، ذلك ان الاضطراب الاساسي في الكآبة ، وهو الشعور بالحزن والغم ، هو واحد في الكآبة النفسية والعقلية ، وقد يكون بنفس العمق والشدة في الحالتين . وقد تنتج الكآبة في كل منهما عن اسباب مماثلة ، وقد ينتهي المرض بمحاولة الانتحار في كليهما . ومع اوجه التماثل هذه ، الا ان من الممكن في معظم الحالات التفريق بين هذين النوعين من الكآبة . فالكآبة النفسية لا تتضمن ظهور اعراض عقلية كما هو الحال في الكآبة العقلية ، فالمريض لا يشكو من ورود افكار وخيالات واحساسات غير طبيعية ، ولا يتوفر في تفكيره اي اوهام . ومع ان الشعور بالاثم قد يكون واضحا في النوعين من الكآبة ، الا انه اكثر ورودا ووضوحا وابتعادا عما يبرره في الكآبة العقلية منه في الكآبة النفسية . ولعل من اهم ما تتصف به الكآبة العقلية هو الجمود الجسمي والعقلي الذي يبدو على المريض ، وعلى العكس فان الكئيب نفسيا يتصف بعدم الاستقرار والانفعال والقلق والحركة الزائدة . واخيرا فمع ان الاسباب المماثلة قد تتوفر في كل من الكآبة النفسية والكآبة العقلية ، الا ان اسباب الكآبة النفسية تتصل عادة بتجربة نفسية معينة وهي في اغلب الاحيان حديثة العهد وتتراوح شدة الكآبة مع شدة هذه التجربة وتتغير تبعا لتغير وتبدل العوامل النفسية المتصلة بها . اما الكآبة العقلية ، فمع توفر بعض العوامل النفسية في بعضها ، الا ان هذه العوامل غير بارزة الوضوح كما هو الحال في الكآبة النفسية ، ولهذا تظهر معظم حالات الكآبة العقلية وكأنها جاءت من مصادر مجهولة ، وهي لا تتأثر كثيرا بعد حدوثها باي تغير او تبديل في العوامل النفسية او المحيطية التي يمر بها المريض .

الكآبة الذاتية (التلقائية) والكآبة التفاعلية

يمكن تقسيم الكـآبة من النـاحية السببية الى نوعين : الكـآبة الذاتيـــة Endogenous Depression ، والكـآبة التفاعلية . Reactive Depression . ففي الحالة الاولى تحدث الكـآبة بشكل تلقائي وبدون توفر سبب واضح مرسب للحالة المرضية . وفي حالة الكـآبة التفاعلية ، يتبين ان المرض قد جاء على اثر تعرض المريض لتجربة مادية او نفسية معينة . والفرق بين الحالتين هو فرق في درجة الاستعداد الذاتي للاصابة بالمرض . ففي الكـآبة الذاتية ، يفترض وجود هذا الاستعداد بالشكل الـكافي لحدوث المرض وبدون عون من عامل خارجي مساعد . اما في الكـآبة التفاعلية فان هذا الاستعداد الذاتي لا يكفي لوحده ، ولا بد من توفر عـامل خارجي آخر لترسيب الحالة المرضية . غير ان البحث الدقيق في كل حالة مرضية من الكـآبة ، يشير الى توفر الاستعداد الذاتي بدرجة ما . اما العامل المرسب الآخر ، فقد لا يتضح في الكـآبة الذاتية ،وعدم وضوحه لا يدل على عدم توفره ولا بدرجة ما ، مهما كانت ضئيلة. والذي يحدث ان المريض والطبيب في بحثهم عن الاسباب المرسبة للمرض ، قد يغفلون الانتبـاه الى بعض الاسباب التي تبدو ظاهريا بانها طبيعية ، بينما هي في الواقع ذات قيمة خاصة ووقع خاص بالنسبة للحياة النفسية للمريض. ثم ان فعل الاسباب المهيأة للمرض ، قد يأتي بشكل تدريجي وباضافـات تجمعية ، واذا حدث المرض فجأة فقد لا يظهر اثر هذه العوامل ومساهمتها في احداث المرض . وهكذا فان الفروق بين نوعي الكـآبة الذاتية والتفاعلية هو اضيق مما يبدو .

★

ان معظم الحالات الكآبية التي تظهر وكأنها نبعت من الداخل بسبب استعداد اصيل في المريض، تتجه نحو الشدة والعمق والازمان، وهي في مظاهرها السريرية تقع ضمن حدود الكآبة العقلية ، بعكس حالات الكآبة التفاعلية التي ترتبط بعوامل خارجية من محيطية او نفسية ، ومعظم هذه الحالات، تظل ضمن النطاق النفسي للمرض، على ان امكانية تطورها الى كآبة عقلية تتوفر في بعض الحالات ، وهذا

يحدث عادة في اولئك الذين زودوا باستعداد تكويني قوي نحو الاصابة بالمرض العقلي ، كما يستدل على ذلك من وراثتهم ومن وقوع حالات كآبية مماثلة في الماضي .

الكآبة الانفعالية

الكآبة الانفعالية هو الاصطلاح المستعمل للدلالة على حالة الكآبة التي يكون فيها الانفعال العاطفي مظهراً بارزا في الحالة المرضية . ومن اهم صفات هذه الحالة ، بالاضافة الى شعور الكآبة ، هو انفعال المريض الذي يظهر على شكل: القلق ، وسرعة التأثر ، وحدة الطبع ، والاحتصار ، والتوتر ،وعدم الاستقرار. هذا وهناك من يستعمل التعبير «الكآبة الاتفعالية» للدلالة على الكآبة التي تحدث بسبب انفعال المريض بالكآبة لسبب معين ، والاصح هو تسمية هذا النوع من الكآبة « بالتفاعلية » وتحديد الكآبة الانفعالية في تلك الحالات التي يتوفر فيها الانفعال .

*

ان معظم حالات الكآبة التي نشاهدها بين المرضي ،هي من هذا النوع الذي تختلط فيه اعراض الكآبة مع غيرها من اعراض الانفعال النفسي . ومعظم هذه الحالات تقع في المهيأين لها ممن هم من ذوي الشخصية الكئيبة ، او القلقة ، أو اصحاب المزاج الدوري . ومنهم من يجمع بعض صفات هذه الانواع من الشخصية ، مما يسهل انهيارهم النفسي على شكل كآبة انفعالية . ومع ان بعض حالات الكآبة الانفعالية تأتي بشكل تلقائي وبدون وضوح سبب معين ، الا ان معظمها يأتي على اثر تعرض المريض لتجربة قاسية نسبيا ، ومعظم هذه التجارب تقع في النطاق العاطفي كالفشل ، والخسارة المادية او المعنوية ، وموت احد الاقرباء ، وازدياد المسؤولية الفردية او العائلية ، وتعرض المريض الى ما يهدد تقدير النفس واحترامها . وكثيرا ما تحدث الكآبة الانفعالية على اثر تغير في نمط الحياة او ابتعاد او تغرب عن الاماكن التي عاش فيه الفرد واقام فيها صلاته العاطفية والاجتماعية. وبالاضافة الى هذه الاسباب ، فان بعض العوامل العضوية قد تؤدي

الى ترسيب الكآبة الانفعالية . وحدود هذه العوامل العضوية واسعة ، من حمى، واجراء جراحي ، وهبوط الوزن ، والصيام ، والتغيرات الهرمونية ، قبيل الحيض وفي سن اليأس ، الى غير ذلك من العوامل التي تكشف استعداد كامنا في المريض للاصابة بالكآبة .

ان حظ المريض المصاب بالكآبة الانفعالية في الشفاء ، يعتمد على شخصيته السابقة للمرض ، وعلى طبيعة العوامل المرسبة للمرض . فكلما كانت شخصية المريض السابقة اقرب الى التوازن النفسي والخلو من الاضطرابات العاطفية ، كلما كان حظة في الشفاء السريع اعظم . ومثل ذلك يقال في العوامل المرسبة ، فكلما كانت هذه خاضعة وقابلة للتقييد او التجنب او الازالة ، كلما ساعد ذلك في تقصير امد المرض الى حد كبير .

اعراض الكآبة النفسية

تتفاوت اعراض الكـآبة من حيث شدتها وبساطتها ، كما تختلف من حيث حدة الاصابة او البطيء في تطورها . ففي بعض المرضى تكاد الاعراض لا تزيد الا قليلا عن الاعتيـادي في المزاج بـين الحزن والفرح ، وفي البعض قد تبلـغ حدا من الشدة يصعب تفريقه عن حالات الكـآبة العقلية . وقد تبدأ الكآبة بشكل حاد يبلـغ مداه في خلال زمن لا يتجاوزالساعات وقد يبطيء تطورها فيستغرق شهورا وسنوات .

★

ان نسبة قليلة جدا من المرضى المصابين بالكـآبة يعبرون عن حالة شعورهم المرضي بوصفها كـآبة (٣ في المئة) ، ومعظمهم يشكون من مجموعة من الاعراض تدل في مجملها على انهم يعانون من حالة الكـآبة . واكثر الاعراض ورودا على السنة المرضي هي — الاحتصـار ، الضجر ، القلق ، الانفعـال (العصبية) ، الارق ، عدم الاستقرار ، وفقدان الشهية ، والنحول . وهذه الاعراض تـكاد تكون متوفرة في معظم حالات الكـآبة . وفيما يلي بيان تفصيلي لمجموعة

الاعراض المرضية في الكــآبة رتبت حسب نسبة وشدة ورود هذه الاعراض .*

الاحتصار	٨٤ في المئة	عدم التركيز الذهني	٤٤ في المئة
الضجر	٧٢ «	البكاء	٣٦ «
الشكوى الجسمية	٦٠ «	الخوف	٣٦ «
القلق	٥٢ «	افكار غير طبيعية مزعجة	٣٠ «
الارق	٥٢ «	التشاؤم	٢٨ «
اضطراب الشهية	٥٢ «	احلام مزعجة	٢٤ «
الانفعال	٥٢ «	الرغبة في الموت	٢٠ «
التعب	٥٢ «	اضطرابات جسمية	٢٠ «
عدم الاستقرار	٤٤ «	الشعور بالاثم	٤ «
الكــآبة	٣ في المئة		

ويتضح من بيان هذه الاعراض ونسب ورودها وشدتها ، مدى امكانية التباين بين الحالات المرضية المختلفة . ولهذا توصف حالات الكــآبة تبعا لوضوح مجموعة من الاعراض او مجموعة اخرى . فالحــالات التي يكثر فيهــا الى جانب الشعور بالاحتصار والضجر ، التحسس بالقلق والخوف تسمى « بالكــآبة القلقة » ، والتي يكون فيها الانفعال وعدم الاستقرار مظهرا بارزا تسمى « بالكــآبة الانفعالية » ، والتي يكون فيها النحول عارضا واضحا تدعى « بكــآبة النحول » ، والتي تقوم على اساس من الاعراض الجسمية النفسية تسمى « بالكآبة السايكوسوماتية » ، الى مــا هنالك من التسميات التي تعتبر توضيحــا مختصرا للنواحي الغالبة في مرض الكــآبة .

ويلاحظ في الاعراض المرضية التي اوردناها ان الرغبة في الموت قد بلغت ٢٠

---

* من دراسة للمؤلف عن « الكآبة في بلد متطور – العراق . »

في المئة ، غير ان هذه الرغبة عابرة بالنسبة لمعظم المرضى . ومعظم المرضى (٩٦ في المئة) يؤكدون رغبتهم في الحياة بشكل اجمالي .

ويلاحظ ايضا قلة ورود الشعور بالاثم (٤ في المئة) وانخفاض هذه النسبة ، والرغبة الاجمالية للمرضى بالحياة ، بالاضافة الى العوامل الدينية والاجتماعية والتقليدية ،قد جعلت من محاولة الانتحار امرا اقل ورودا مما هو عليه في الغرب. وان كان هنالك ما يدل على التحول السريع في اتجاه المحاولات الانتحارية في السنوات الاخيرة . ولعل ذلك يعود الى ما طرأ خلال هذه المدة من تطور قلل من فعالية هذه العوامل الهامة في حياة الفرد في هذه البلاد وفي امثالها من البلدان المتطورة .

علاج الكآبة النفسية

يمكن القول بغير الكثير من المبالغة، ان علاج الكآبة من اهم وادق العلاجات المرضية جسمية كانت او نفسية . فالمرض واسع الانتشار ، شديد الايلام لصاحبه ، كثير التدخل في قابليته وقدرته على اداء عمله، وفيه ايضا خطر القضاء على النفس بالانتحار وهو خطر قد يبدو قليلا في هذه البلاد، ولكنه خطر متزايد تزايدا سريعا وملحوظا في السنوات الاخيرة .

*

يشترك في علاج الكآبة اطراف ثلاثة : المريض نفسه ، والمجتمع الذي يهمه امره ، والطبيب سواء كان عاما او مختصا . إن نسبة كبيرة من المرضى بالكآبة لا يشك بامر مرضهم احد، وبعضهم لا يلجأ للعلاج الطبي ،والبعض الآخر يخفي اعراض كآبته تحت ستار مجموعة اخرى من الاعراض المرضية النفسية او الجسمية . ولعل المريض لا يلام في جميع هذه الحالات ؛ ذلك ان اخفاءه وتستره على مرضه هو جزء من حالته المرضية ، وبذلك تقع بعض المسؤولية في تشخيص الكآبة وفي علاجها على عائلة المريض . فتأخر العائلة في ادراك التغير في مزاج المريض ، وسوء التصرف في تلافي اسبابه ، قد يدفع بالكثير من

الحالات الى التطور والازمان والشدة والتعقيد بما ، في هذه الامور كلها من خطر. ولعل المسؤولية الكبرى في علاج الكآبة تقع على الطبيب الذي يتحتم عليه ان يعين حالات الكآبة من بين مرضـاه ، ومتى استطاع ذلك ، فان من واجبه جلب المريض الى تفهم ضرورة المعالجة ، وجلب تعاون افراد عائلته او غيرهم من ذوي العلاقة على حصر الحالة المرضية ، ثم في علاج الحالة بما تقتضيه درجة المرض وشخصية المريض وطبيعة ظروفه . وكثيرا ما يغفل الطبيب بعض او جميع هذه النواحي . ولا غرابة اذن إذا لاحظنا ان نسبة لا بأس بها من حالات الانتحار الكـآبية تحدث من قبل المرضى الذين هم تحت المعالجة الفعلية .

*

ان المبادىء العامة والهامة في علاج الكآبة تنحصر فيما يلي : —

١ — ادراك وجود الحالة المرضية .

٢ — جلب تعاون المريض مع الطبيب واقناعه بضرورة المعالجة وجدواها .

٣ — التعاون مع عائلة المريض للتخفيف من عوامل الضغط ان وجدت .

٤ — معالجة الحالة المرضية « كمرض » .

وقد اوضحنا في مطلع البحث عن المعالجة ، صعوبة واهمية ادراك وجود الحالة المرضية. ولا ينبغي على الطبيب ان ينتظر من المريض حتى يفصح له بالقول اني كئيب او حزين ، فالقلة من المرضى يجابهون الطبيب بهذه الشكوى . ثم ان اكثر حالات الكـآبة شدة هي اكثرها اعياء في الافصاح والنطق والرغبة في الشكوى . والكثير من حالات الكـآبة تبدو خافية خلف ستار من القلق والانفعال او النحول ، او غير ذلك من الحالات والانفعالات النفسية . والحصول على تعاون المريض بشكل يضمن استمرار المعالجة ، يتطلب من الطبيب زرع الثقة في المريض لا في كفاءة الطبيب فحسب ، بل في حتمية الشفاء من المرض . وقد يجد الطبيب المعالج ان من اللازم عليه الاشارة الى ان علاج الحالة يتطلب فترة طويلة من الزمن . ومثل هذا التنبيه ، وان كان يزيد في شدة يأس المريض في بعض الحالات ، الا انه يجعل الكثيرين من المرضى اكثر تقبلا وتحملا لاعراض المرض .

وكثيرا ما يجد الطبيب صعوبة في تثقيف عائلة المريض عن اسباب المرض وعن دورهم فيهذه الاسباب ، او في اسلوب معاملة المريض وطريقة ملاحظته. والعواقب الانتحارية في بعض حالات الكآبة ترد الى جهل العائلة في ادراك هذه الامور . ومهمة الطبيب في هذا المجال هي في التبصر بالظروف العائلية للمريض ، وادراك مكان ومدى الخطأ في هذه الظروف ،والطريقة التي تؤثر فيها على المريض،ثم في اعادة تنظيم وتوجيه هذه الظروف بشكل يضمن للمريض جوا افضل وعلائق اكثر مناسبة للحياة النفسية الصحيحة . ونحن كغيرنا ندرك صعوبة وحتى تعذر مثل هذه المهمة التثقيفية والتوجيهية لعائلات المرضى،ولكن بعض المسعى في هذا الاتجاه ، مهما كان محدودا ، لا يخلو من فائدة علاجية .

*

يستهدف علاج الكآبة أمرين هامين؛ اولا المحافظة علىحياة المريض من خطر الانتحار ، والثاني التخفيف ، أو أزالة الشعور بالكآبة . والمحافظة على حياة المريض هدف هام لا يمكن التقليل منه او اغفاله في اي مرض يشكو من حالة الكآبة ، سواء كانت الحالة حادة او مزمنة ، كآبة نفسية او عقلية ، عضوية ، او تفاعلية . وليس من اللازم للحذر من المحاولة الانتحارية في الكآبة تحدث المريض عنها ، وان كان الحديث عن ذلك يعتبر انذارا بها . ذلك ان معظم الحالات الانتحارية تأتي بشكل مفاجيء ، والكثير منها يأتي بدون مراجعة طبية سابقة للحالة المرضية ، وبعضها يحدث اثناء المعالجة الفعلية للمريض دون ان تتضح اية نية عند المريض بالمحاولة الانتحارية .

وللتقليل من خطر الانتحار يتوجب معالجة المريض بشكل فعال في الادوار الاولى من المرض ، ويتطلب ذلك ايضا مراقبة المريض مراقبة دقيقة ، خاصة اذا ظهر من حديثه ما يشير الى مداعبة لفكرة الانتحار ، او اذا سبق وقام بمحاولة فاشلة للقضاء على نفسة . ويفضل ان تعالج مثل هذه الحالات في احدى المستشفيات الخاصة التي تتوفر فيها الرقابة الطبية والتمريضية اللازمة . وتجدر الاشارة الى ان بعض من يقومون بحوادث الانتحار قد يودون بحياة بعض افراد

عائلتهم ، كاطفالهم مثلا ، كجزء من عملية التخلص من الحياة وتجنيب اولادهم مآسيها ، ويحدث مثل ذلك في بعض حالات الكآبة التي تعقب الايام الاولى من الولادة وتقوم فيها الام بقتل طفلها . واضافة الى الوسائل المباشرة للانتحار ، فهنالك وسائل اخرى غير مباشرة تؤدي الى نفس النتيجة ومنها ، الامتناع عن الطعام الذي قد يكون وسيلة تدريجية للقضاء على النفس، وعلى ذلك يتوجب الاهتمام بتعذية المريض اما بالاقناع المتواصل او بالوسائل الصناعية . ومن الوسائل الغير مباشرة للانتحار تعريض الفرد نفسه لكافة المخاطر ، لعل واحدة منها تودي بحياته . وقد اثبتت التحريات المرضية لاعداد كبيرة من محاولات الانتحار ، توفر مثل هذه المحاولات التي يجازف الفرد فيها بحياته اهلاكا لها .

*

والهدف الثاني لعلاج الكابة ، هو تخفيف الشعور بالكآبة او ازالة هذا الشعور كليا. وقد استعملت في الماضي وسائل علاجية كثيرة من مادية ونفسانية كان الغرض منها التقليل من شعور المريض بالحصر والحزن . ولعل جميع هذه الوسائل لم تخلو من فائدة في تحقيق هذا الغرض. على ان علاج الكآبة في السنوات الاخيرة قد ادرك تقدما محسوسا وفعالا ، وذلك نتيجة استعمال الصدمة الكربائية وبالتالي باستعمال الادوية المضادة للكآبة (الادوية المفرحة) . وتعتبر الصدمة الكربائية اكثر الوسائل العلاجية فعالية في علاج الكابة. وفائدتها في هذا المرض اكثر من فائدتها في اي مرض عقلي آخر ، على انها وان كانت الوسيلة العلاجية المفضلة في الحالات الشديدة من الكآبة والتي اقترنت بمحاولة انتحارية او بتفكير في الانتحار ، الا انها وسيلة غير محببة للكثيرين من المرضى واهلهم، ولذلك اتجه البحث العلمي الى ايجاد علاج اقل ازعاجا وشدة. وقد ادى ذلك الى اكتشاف العلاجات المفرحة . وقد يكون من الصعب اقامة التفاضل بين هذه العلاجات الواحد منها او الاخر ، وبينها وبين الصدمة الكهربائية ، على ان بعض هذه العلاجات المفرحة ، تعطي مع مرور الزمن فائدة علاجية قد لا تقل عن فائدة الصدمة الكهربائية . هذا ومن الممكن الجمع بين الوسيلتين العلاجيتين في ان واحد ، او بالتتابع ، حسب ما تقتضيه طبيعة الحالة المرضية العقلية وحالة المريض الصحية العامة .

ان بعض الاوساط الطبية تميل الى تفضيل العلاج الكهربائي وتسرع في استعماله باعتبار أنه الوسيلة العلاجية الاكثر فعالية في حسم المرض، الا اننا لا نأخذ بهذا الرأي ، وتفضل القيام بتقدير شامل ومستمر للحالة المرضية . كما نفضل الابتداء بالوسائل العلاجية التي هي اقل عنفا وازعاجا وربما خطرا من المعالجة الكهربائية ، ويحتفظ بالعلاج الكهربائي لتلك الحالات التي قام فيها المريض بمحاولة للانتحار او هدد بالقيام بها . كما نرى انها الوسيلة الاصلح للحالات التي يصعب فيها علاج الارق ، كما يتعذر فيهـا تغذية المريض بشكل كافي . ولعل من الامور التي تحمل بعض الاطباء على تطبيق العلاج الكهربائي ، هو البطء في ظهور الآثار الايجابية للعلاجات المفرحة ، بينما تظهر بوادر التحسن بعد ايام قليلة من استعمال الصدمة الكهربائية .

✶

ومن الامور التي تتطلب الاهتمام في مرض الكآبة عارض الارق. وهو عارض متوفر بشكل واضح في جميع حالات الكآبة، ولهذا العارض خطرة لا على صحة المريض العامة فحسب بل لما فيه من امكانية زيادة حدة الكآبة وعمقها . ولعل امتناع النوم على المريض الكئيب هو احد الاسباب الدافعة للتفكير بالانتحار . ولهذا يتوجب اعتبار الارق حالة مرضية مستعجلة يلزم تداركها في الايام الاولى من ظهورها . واختيار العلاج المنوم الملائم امر ليس بالسهل ، ومن الضروري ان يؤخذ بعين الاعتبار في اختيار الدواء الاحاطة التامة بخصائص الادوية المنومة وفعاليتها واخطارها ، مع ملاحظة ان بعض المركبات المنومة تسبب في بعض المرضى زيادة في الكآبة ، وان اعطأها بمقادير اقل مما يلزم لاحداث النوم قد يؤدي الى حالة من الارتباك في المريض ، قد تدفعه في بعض الاحيان الى تناول اكثر مما هو ضروري منها ، وكثيرا ما تنتهي مثل هـذه الاخطاء بنتائج قد تنتهي بموت المريض . ولهذا يفضل في كل حالة علاجية للارق ان يوكل امر مراقبة اعطاء الدواء الى احد المقربين للمريض ، ويجب ان لا يطمأن لاستعداد المريض التقيد بالتعاليم الطبية .

✶

ان هنالك ارتباطا وثيقا بين بعض حالات الكابة وبين الافرازات الهرمونية

في الجسم . وكثيرا ما تحدث الكآبة في مختلف درجاتها في الايام القليلة السابقة للعادة الشهرية، وقد تمتد مصاحبة لها« Premenstrual Tension »، كما انها تحدث احيانا في فترة انقطاع الحيض (فترة من اليأس). وقد ثبت ان اعطاء الهرمون اللازم يؤدي الى انهاء حالة الكآبة ، كما يمكن استعمال الهرمون الملائم للوقاية من الكآبة قبل وقوعها كما هو الحال في علاج الاضطراب المزاجي السابق للعادة الشهرية .

والدور الذي تقوم به الفيتامينات في التأثير على الحياة المزاجية غير واضح حتى الان ، غير ان بعض الامراض الناتجة عن نقص في الفيتامينات تظهر فيها حالة الكآبة ايضا كما هو الحال في مرض البلاجرا Pellagra وعلاج هذا النقص بالفيتامين (B2) يسبب زوال الحالة المرضية بما في ذلك عارض الكآبة . على ان استعمال الفيتامينات قد لا يخلو من ضرر، وهنالك حالات من الكآبة ثبت حدوثها بعد تناول مقادير كبيرة من فيتامين (ب ١ – B1) .

العلاج النفسي للكآبة

هناك تقديرات واراء متباينة عن اهميه العلاج النفسي في مرض الكآبة . فبعض الاخصائيين يعتقدون بان مرضا نفساني المنشأ كالكآبة ، يجب ان يعالج بالدرجة الاولى على أسس نفسانية . واخرون يرون ان علاج الكآبة بالطرق العلاجية المادية اكثر فائدة واسرع وصولا الى هذه الفائدة .

ان من الواضح ان الكثير من حالات الكآبة النفسية تأتي بسبب تجارب نفسية واضحة التفاعل والأثر ، وان بعضها يأتي نتيجة لصراعات نفسية تقوم على مستوى اكثر غموضا واقل وعيا في حياة المريض العقلية . وقد يفيد في بعض الحالات ، تلمس المريض للعلاقة القائمة بين تجربته النفسية وبين حالته المرضية ، على ان بعض الحالات لا يفيد فيها مثل هذا التلمس ، خاصة في الاطوار الحادة للمرض ، عندما يتوجب عزل المريض كليا عن التفكير بالعوامل التي رسبت

حالته المرضية . ومهما يكن سبب الكآبة ، نفسيا كان او ماديا او تلقائيا ، فان الاسناد المعنوي الذي يعطي للمريض بالمعالجة النفسية ، هو امر ضروري وهام في كل حالة مرضية . وعلى ذلك فمحاولة الطبيب المعالج الاحاطة بجميع الظروف والتجارب ذات العلاقه بمريضة ، يخدم فائدة اشعار المريض بانه غير وحيد او معزول او عديم القيمة والاهمية كما يظن نفسه ، ومثل هذا الشعور يعطيه الثقة والامل بالشفاء .

وهنالك شك في قيمة التحليل النفسي العميق والطويل في حالات الكآبة ، وخاصة الحادة والشديدة منها . ذلك ان مثل هذه العملية تستلزم وقتا طويلا وقد لا تأتي بفائدة كبيرة ، وخاصة في مرض كالكآبة يتطلب السرعة في العلاج ونتائجه . على ان بعض الحالات المزمنة من الكآبة ، او تلك التي تعاود المريض بكثرة ، فهذه قد ينقع استقصاؤها نفسيا باحدى طرق التحليل المعروفة .

العلاج الدوائي للكآبة

الادوية المستعملة في علاج الكآبة كثيرة ، واختيار الواحد او الاخر منها يعتمد اضافة الى تجربة الطبيب على درجة الكآبة وطبيعة الحالة المرضية والاعراض البارزة فيها . ففي الحالات البسيطة من الكآبة ، يمكن أعطاء مقادير قليلة من البنزدرين (٥ مغم) . (وهنالك مستحضرات مماثلة باسماء مختلفة يمكن استعمالها) . ويعطي الدواء عادة في الصباح وبعد الظهر . ويستحسن عدم تناول الدواء في المساء لما قد يسببه ذلك من الارق مما قد يزيد في شدة الكآبة . وهذه المادة اضافة الى اعطاءها بعض الشعور بالنشاط النفسي ، تعطي المريض التحسس بالقوة الجسمية . وعلى الاجمال فان مثل هذه المستحضرات عديمة الفائدة في الحالات الشديدة او المتوسطة الشدة من مرض الكآبة ويجب عدم اضاعة الوقت باستعمالها .

قد يتوجب اعطاء المهدئات في تلك الحالات التي يكون فيها القلق او التوتر عارضا هاما . والواقع ان معظم حالات الكآبة هي من النوع الذي يبرز فيها

عارض القلق ، واستعمال المهـدىء المناسب وبالمقادير المناسبة ، امر قـــد لا يتوصل اليه الا بملاحظة المريض على مبدأ (التجربة والخطأ) ، فالمهدىء الذي قد يفيد في مريض قد لا يفيد مريضا آخر ،وقد يزيد في الاعراض المرضية لمريض ثالث . وعلى سبيل المثال فان بعض مركبات الباربيتوريت قد تفيد بعض حالات الكآبة غير انها قد تدفع بحالات اخـــرى الى اسوأ النتائج ، كما يدل على ذلك استعمال هذه المركبات للاغـراض الانتحارية في بعض مرضى الكآبة . وهنالك علاجات مهدئة كثيرة تستعمل في الكآبة ، ويفضل استعمالها باقل مقادير تتطلبها الحالة المرضية ، وبعض هذه المهدئات قد تزيد من هذه الكآبة ، لهـــذا يجب ملاحظة رد فعل المريض لاستعمال اي مهدىء يوصف له .

★

لما كان الارق في النهار او الليل هو احد الاعراض الهامة والخطيرة في مرض الكآبة ، فان من الضروري الاهتمام بهذا العارض بدون ابطاء وبشكل فعال . واعطاء المنوم المناسب ، يعتمد على نوعية الارق فيما اذا كان اول النوم او آخره او كله ، او يجيء بشكل متقطع . وقد تتطلب الحـالة المرضية التغيير المستمر للمادة المنومة . ويجب الاشارة هنـا الى ان من اللازم اعطـاء المنوم بالشكل الكافي ، والا احدثت الجرعة الغـير كافية حالة من القلق والارتباك قد تدفع بالمريض الى فقدان البصيرة باخطار الدواء ،وكثيرا ما نتج عن هذا الارتباك تناول مقادير وافرة من المنومات من قبل بعض المرضى . كما يجب ايقـــاف استعمال المنومات حالما تسمح الحالة المرضية بذلك ، والا كون المريض حالة من التواكل قد تتطور الى ادمان يصعب التغلب عليه .

★

ان بعض حالات الكآبة تتطلب استعمال الادوية المضادة للكآبة والمعروفة ايضا بالادوية المفرحة او الرافعة للمزاج . وهنالك عدة مستحضرات كيمياوية تستعمل لهذا الغرض . والمعروف ان بعض هذه المواد تحدث اثرها العلاجي عن طريق تغير التفاعلات الكيمياوية ، التي تؤثر بالنهاية على بعض المراكز الخاصة بالانفعالات العـاطفية في منطقة الهايبوثلاموس في الدماغ . على ان الصورة

الحقيقية الكاملة لهذا التأثير ولهذه التفاعلات غير واضحة تماما حتى الآن .

ان جميع العلاجات المفرحة بطيئة المفعول تحدث اثرها العلاجي بعد مرور عدة ايام على اقل تقدير ، وهي محدودة الاثر في حالات الكآبة البسيطة وخاصة التي يكون فيها القلق والانفعال ظاهرين . واكثر فائدتها في الحالات المتوسطة والشديدة . ومن الملاحظ ان جميع هذه العلاجات لا تؤثر بشكل متناسق على المرضى ، فقد تزيد في بعضهم الشعور بالكآبة والانفعال ، وقد تمنع او تزيد في النعاس ، الى غير ذلك من المؤثرات المتعاكسة بين مريض واخر . واذا لم تستجب الحالة المرضية الى استعمال الادوية المفرحة في خلال شهر واحد فان ذلك يدل على عدم جدوى هذه العلاجات للكآبة ويقتضي الامر عندئذ النظر في استبدال هذه العلاجات بغيرها من الادوية المفرحة الاخرى او باستعمال نوعين منهما في آن واحد ، او بتغيير نمط المعالجة كليا .

ان استعمال بعض الادوية المفرحة باي مقادير ولاي مدة كانت ، قد لا يخلو من بعض الاخطار وخاصة الاضرار بالكبد ، على ان هذه الاخطار قليلة ، كما ان استعمال بعض الاطعمة مثل الجبن وخلاصات اللحوم ، واللبن ، والفول ، قد يؤدي الى تفاعلات مع هذه العلاجات وقد ينجم عن ذلك اضراراً حادة في الجسم .

وكثيرا ما تتطلب الحالة المرضية استعمال المفرحات والمهدئات في نفس الوقت . والواقع ان معظم الحالات المرضية للكآبة هي من هذا النوع. وتعيين المقادير اللازمة من كل منها بالحدود التي تضمن للمريض التهدئة اللازمة مع النشاط الجسمي والعقلي اللازمين أمر لا يخلو من صعوبة .

ان المقويات والفيتامينات على اختلاف انواعها ذات فائدة في الحالات التي يكون فيها النحول والاجهاد مظهرا من مظاهر الحالة المرضية ، وخاصة في حالات الكآبة التي تنتج عن اسباب عضوية او تأتي على اثر مرض متعب او ولادة او اجراء جراحي . ولما كان فقدان الرغبة للطعام هو احد

مظاهر الكآبة ومن اعراضها الهامة، فان الهبوط في الوزن قد يؤدي الى مضاعفة حالة الكآبة. وكثيرا ما تحدث حالات الكآبة على اثر تخفيض ملحوظ وسريع في الوزن وخاصة في النساء.

اما المواد الهرمونية فهي على العموم عديمة الفائدة في علاج الكآبة النفسية، الا في حالة الكآبة التي تحدث مصاحبة للحيض " Premenstrual Tension ". وفائدة هذه المواد محدودة الاثر في الكآبة التي تحدث في سن اليأس وان كانت تقلل من بعض الاعراض الجسمية التي تشكوا منها المرأة في هذه الفترة من الحياة، وبذلك تقلل من القلق والوهم النفسي الناجم عن هذه الاعراض.

*

ان استعمال الصدمة الكهربائية ليس له ما يبرره في حالات الكآبة البسيطة او المتوسطة الشدة، فهو علاج له بعض اخطاره. وقد يؤثر استعماله في الذاكرة وهو امر هام بالنسبة لمن يعتمدون على هذه الخاصة العقلية في اعمالهم ووظائفهم. والمريض الحساس لا يسره او يريحه ان يعلم بانه عولج بالصدمة الكهربائية، وقد يسبب له ذلك شعورا بعدم الثقة بقواه العقلية مما قد يأتي بمضاعفات مرضية في المستقبل. على ان بعض الحالات الشديدة من الكآبة النفسية، وخاصة تلك الحالات التي قام المريض فيها بمحاولة انتحارية، فان استعمال الصدمة تحت رقابة خاصة وفي ظروف علاجية ملائمة قد يصبح امرا ضروريا. ثم ان بالامكان الجمع بين العلاج الكهربائي والعلاج بالادوية المفرحة على ان يترك العلاج الكهربائي متى كان ذلك ممكنا.

النـّحول العَصَبيْ

« النيورسثينيا » " Neurasthenia "

التعريف :

النيورسثينيا او النحول العصبي ، حالة من حالات الامراض النفسية تتصف باعراض معينة تكاد تكون متشابهة في معظم المرضى ، ويكون العارض الغالب والاهم فيها هو شعور المريض بالتعب الشديـــد او الاجهاد الجسمي او العقلي او كليهما ، بشكل يزيد كثيراً عما يقتضيه الجهد الذي يقوم به في المجالين . ويقضي تحديد المرض في هذه التسمية ان لا يتوفر السبب العضوي ، واذا توفر ، فيجب ان لا يكون بالدرجة التي تكفي لتبرير الشعور بالاجهاد والنحول .

★

استعملت كلمة « نيوزرسثينيا » لاول مرة قبل حوالي الماية سنة ،وقد اصطلح اللفظة الدكتور بيرد « Beard » الامريكي للدلالة على حالة مرضية متعددة الاعراض، ومنها ما جاء في وصفه الاول للمرض : الصداع ، حدة المزاج ، التبوخ ، وشيش الآذان ، الغثيان ، جفاف الجلد والاغشية ، الالام العامة ، الحساسية الزائــدة للمناخ وتغيرات الطقس ، وسرعة التعب بدون الم ، وغيرها من الاعراض . وقد عزا بيرد هذه الحالة المرضية الى وهن يصيب الجهاز العصبي . ومن بعد بـــيرد تناقل الاطباء في اقطار مختلفة استعمال الاصطلاح مع ما اقترن به من دلالة خاطئة بان المرض مسبب عن ضعف ووهن في مادة العصب او نسيجه. والترجمة الحرفية في اللغة العربية (النحول العصبي او الوهن العصبي) تحمل نفس الدلالة الخاطئة عن اسباب المرض . وقد اقتضت الحاجة لتجنب هـــذا الخطأ ، الى البحث عن اصطلاح اكثر دقة واكثر مطابقة للواقع المرضي ، واكثر تأكيدا للطبيعة النفسية لهذا المرض الذي يعتبر من اكثر الامراض النفسية وربما اكثرها انتشارا بـــين النـــاس . ومن الاصطلاحات الحديثـــة المستعملة : حالة الاجهـــاد او التعب

« Fatigue State » ، والاجهاد النفسي « Psychological Fatigue » ، والاجهاد العاطفي« Emotional Fatigue » ..ومع انهذه الاصطلاحاتاكثر دقةوتأكيدا للعوامل النفسية،الا ان من الصعب، على ما يظهر ، تجاوز استعمال الاصطلاحات الشائعة : النحول العصبي او النيورسثينيا . وقد لا يكون هنالك ضرر من هذا الاستعمال ، اذا ادرك المرء بان المرض لايتضمن اي تغيير عضوي في الاعصاب .

اسباب النحول العصبي

كما هو الحال في الامراض النفسية الاخرى فان النحول العصبي يفسر بناء على نظريات مختلفة . والنظريات الاكثر ورودا في هذا المرض هي : —

١ – **النظرية العاطفية** ، وهي التي ترى في النحول العصبي تعبيرا عن مشكلة او صراع عاطفي لا يمكن حله بالطرق الطبيعية او بشكل واقعي . ويكون الشعور بالتعب والنحول والاجهاد هو الحل الوحيد الممكن لها . والتعبير « عاطفي » ، تعبير واسع المدار ، بعيد الشمول ، ويتضمن كل ما يمكن ان يثير الانفعال او الاثارة من اوجه الحياة المزاجية للفرد . ويرى بعض علماء النفس التحليلي الاتجاه، ان النحول العاطفي او العصبي يأتي بنتيجة العوامل النفسية التالية (١) كتعبير رمزي لرغبات او تمنيات لا يستطيع الفرد قبولها في الوعي ويتحتم عليه انكارها. (٢) نتيجة لصرف او استنفاذ الطاقة او القوة العاطفية والنفسية في الصراعات النفسية، وبذلك يكون النحول نتيجة لاستمرار وجود هذه الصراعات في النفس ولاستنفاذها المستمر لطاقات الفرد العاطفية .

ومع ان هؤلاء العلماء يؤكدون على اهمية وجود الصراعات العاطفية في اللاوعي ، الا ان مثل هذا التأكيد ليس بالضرورة في الكثير من الحالات ، ذلك ان معظم حالات المرض تأتي كرد فعل لظروف نفسية محسوسة وملموسة ، يدرك المريض طبيعتها وربما علاقتها بحالته المرضية . ولعل اكثر الاضطرابات العاطفية تسببا للنحول العصبي هي تلك الحالات التي تشعر الفرد بالفشل والقصور

عن بلوغ هدف معين، او الفشل والاخفاق في التوصل الى حل عملي مريح للمشاكل التي تتطلب الحل ، او عند التعرض المفاجىء لظرف يتطلب الجرأة والحزم والسرعة في الحسم ، مما لا يستطيعه الفرد ، ومما يتطلب المزيد من المقومات النفسية والعاطفية التي لاتتوفر لديه . كل هذه العوامل تخلق في الكيان النفسي لبعض الافراد حالة من الارتباك والصراع الذهني والعاطفي لا تجد مقوماتهم النفسية مخرجاً منها الا بالتوقف عن المجابهة الفعلية للمشاكل القائمة . وعلى ذلك فان النحول العصبي ، سواء كان في المجال الجسمي او العقلي ، ما هو الا الوسيلة الدفاعية التي تقي الفرد من مواجهة مشاكله ، ومجابهة نتائجها .

٢ – **نظرية التحويل الهستيري**: وهي النظرية التي ترى ان النحول العصبي ، على الاقل في بعض حالاته ، هو انفعال هستيري ، تتحول فيه الرغبات التي تهدف الى الحصول على فائدة او منفعة ، الى حالة مرضية كالنحول العصبي . وفي هذا التحويل، ما يضمن للفرد تحقيق هذه الرغبات بجلب الاهتمام للمرض من ناحية ، ولتبرير تجنب المسؤولية ودفعها عن المريض من ناحية اخرى . ولعل الكثير من الحالات الشديدة في النحول العصبي، وخاصة في الاناث، يمكن تفسيرها على اساس هذه النظرية .

٣ – **النظرية التكوينية** ، وتشمل العوامل المختلفة التي تشترك في تكوين شخصية الفرد وفي اقامة الاستعداد الخاص للفرد للتفاعل مع تجاربه ومحيطه بشكل معين . وللعامل الوراثي اهمية في هذا الامر ، كما يتضح من كثرة وقوع حالات النحول العصبي في العائلة الواحدة . كما ان الجو الذي يعيش فيه الطفل والتأكيد المستمر من والديه ، على عدم اجهاد واتعاب نفسه ، يؤدي الى بناء تحسس نفسي مستمر بالعجز عن القيام بالجهد . ويفسر اصحاب المدرسة البافلوفية حالة النحول العصبي ، بانها نوع من النهي في الجهاز العصبي ، تتسبب عن مثل هذا التأكيد المتواصل على الاجهاد والتعب في تربية الاطفال ، مما يخلق ارتباطاً شرطياً بينهما في الكبر .

٤ – **النظرية الفسيولوجية** . وهي التي ترى ان النحول العصبي ينجم عن هبوط في الفعالية العصبية في نقاط الألتقاء بين الخلايا العصبية Synapses . وقد يكون في هذه النظرية احياءً للفكرة القديمة عن توفر اساس عضوي في الاعصاب يؤدي الى النحول العصبي . على ان البحث العلمي في هذه الناحية لم يتوصل بعد الى نتيجة تدلل على وجود خطأ فسيولوجي ثابت في اعصاب المريض المصاب بالنحول العصبي .

✶

ان من الواضح ان التجارب التي تؤدي الى انفعالات عاطفية ، وعلى الاخص التجارب الحافزة للشعور بالقلق ،هي اكثر الامور تأدية للشعور بالنحول العصبي. ولما كان القلق متصلا اتصالا وثيقا بوظائف الجهاز العصبي العاطفي ويؤدي الى انفعالات في هذه الوظائف ، فقد حمل ذلك الى الاعتقاد بوجود علاقة سببية بين الجهاز العصبي العاطفي وبين النحول العصبى . ولعل من الصعب حتى الآن بيان فيما اذا كان الاضطراب في الجهاز العصبي العاطفي هو السبب في النحول العصبي (العاطفي) ، او ان كليهما اوجه مختلفة من مظاهر الاضطراب النفسي في حياة الفرد . والرأي الاخير هو الاكثر احتمالا بالنظر لامكانية توفر الشعور الشديد بالاجهاد بدون توفر اي دليل على الاضطراب في وظيفة الجهاز العصبي العاطفي .

الاعراض المرضية للنحول العصبي

حالة النحول العصبي قلما تأتي كحالة مفردة قائمة بذاتها ، فهي في اغلب الاحيان تشترك مع حالات اخرى من الاضطراب النفسي، وبذلك يجمع المريض في شكواه اعراضا مختلفة حسب نوعية ومدى هذا الاشتراك . وقل ان نجد حالة من حالات الامراض النفسية لا يتوفر فيها عارض او اكثر من الاعراض التي يتصف بها النحول العصبى وخاصة في حالات القلق والكآبة .

ان العارض المرضي الاساسي والهام الذي يتصف به جميع المرضى بالنحول العصبي ، هو الشعور بالتعب الجسمي ، وقلة الدافع او الحافز للعمل العقلي ، وهو

شعور كما اوضحنا في مطلع هذا البحث يزيد كثيرا على ما يقتضيه ويبرره الجهد الجسمي او العقلي الذي يقوم به الفرد . وقد لا يقتضي الشعور بالتعب ، القيام الفعلي بالعمل الجسمي او العقلي ، فكثيرا ما يحدث الشعور في كلي المجالين حالما يهم الفرد بالقيام بجهد في اي منهما ،وقبل التعرض الى اي قدر من الحركة والجهد. ويصاحب الشعور بالتعب عادة بعض الانقباض النفسي والتحسس بالملل والضجر وفقدان الرغبة في القيام باي عمل جسمي او ذهني . واذا توفرت الرغبة في ذلك ، فان قيمتها العملية تتحدد بادراك المريض المسبق بان تأدية العمل ستؤدي الى اتعابه وانهاك قواه ، وهذا الادراك يمنعه من محاولة القيام بالعمل الذي يرغب في القيام به.وفي الكثير من حالات النحول العصبي يشكو المريض من النسيان . والبحث في هذا العارض يدل على ان صعوبة المريض في التوجه العقلي والتركيز الذهني لمدة كافية ،هي التي تحرمه من استيعاب ما يمكن ادخاله الى حيز الذاكرة. ويشكوا معظم المصابين بالنحول من سرعة الانفعال والتأثر والحساسية ، وهذه الاعراض هي ما يصفه المريض عادة « بالعصبية » وهي اكثر ما تميز اولئك المرضى الذين قل وزنهم الى حد ملحوظ . وبالاضافة الى هذه الاعراض تتوفر في معظم المرضى مجموعة من الاعراض الجسمية اكثرها ورودا في شكواهم : الصداع وثقل الرأس ، والدوار ، والام المفاصل ، وخدر الجسم ، والتقلصات العضلية في انحاء مختلفة في الجسم ، وسوء الهضم والامساك ، وفقدان الشهية للطعام ، والارق ، والارتجاف او ارتعاش الاطراف ، والخفقان ، وغيرها من الاعراض المألوفة في مرضى النحول العصبي . ومعظم المرضى بالنحول يفيدون عند استجوابهم يتوفر هبوط كبير في رغبتهم وقوتهم الجنسية . اما النساء فكثيرا ما تتأثر دورة الحيض الشهري باتجاه اواخر اثناء فترة المرض .

تشخيص النحول العصبي

ان حالات النحول ترد كعارض مرضي بارز في معظم الامراض والانفعالات النفسية.ولهذا توجب النظر الى اعراض النحول العصبي في نطاق هذه الامراض ،

وكثيرا ما يخفي النحول العصبي وراءه اعراض مرض نفسي آخر كالكآبة او القلق مما هو اكثر اهمية واشد خطرا من مجرد الشعور بالنحول والتعب ، ومثل ذلك يقال في حالات النحول التي ترد في بعض الامراض العقلية كالشيزوفرينيا ، فقد تكون شكوى المريض من التعب والنحول هي الشكوى المرضية الوحيدة لمدة طويلة من الزمن . ولما كانت حالات النحول هي احدى المظاهر الاساسية التي تتصف بها الامراض العقلية العضوية فقد بات من الضروري في كل حالة التحري عن امكانية وجود آفة عضوية او اخرى في الدماغ وعلى الاخص في اولئك الذين تجاوزوا منتصف الحياة .

العلاج

في الحالات المرضيةالتي يكون فيها النحول العصبي جزءاً من الصورة المرضية لمرض نفسي او عقلي او جسمي آخر ، فان علاج النحول يخضع لعلاج الحالة المرضية الاساسية . اما في حالات النحول الاخرى التى تقع ضمن حدود حالة النحول ، كما عرّفناها في مطلع هذا الفصل ، فان علاجها يتطلب اول الامر ، استقصاءً كاملا وكافيا يشمل شخصية المريض ، وظروف حياته ، وعوامل الضغط التي يتعرض لها ، والمشاكل العاطفية التي يعانيها،بما في ذلك تلك المشاكل الواقعة ضمن نطاق حياته الجنسية . وعلى ذلك ، فان علاج النحول العصبي هو علاج نفسي بالدرجة الاولى ، وحظ المريض في الشفاء ، يعتمد على مدى تكامل شخصيته ، وحداثة المرض او ازمانه ، وعلى المدى الذي يمكن فيه التوصل الى فهم مشاكل المريض النفسية واجراء التغيير اللازم في ظروفه ونمط حياته وتفاعلاته العاطفية . ولعل من اشق مهام المعالج هي في اعطاء البصيرة الكافية للمريض بالعلاقة بين مرضه وبين مشاكله ، ثم في تنمية النضوج العاطفي اللازم لمجابهة هذه المشاكل بالصورة التي لاتؤدي الى ردود الفعل المرضية في المستقبل . وهذه مهام تتطلب جهدا كبيرا وطويلا قد لا يتوفر عليه معظم االاطباء ولا يخضع له معظم المرضى .

★

يلجأ الاطباء في معظم حالات النحول العصبي الى استعمال الادوية والعقاقير لتنشيط الجسم والقابلية العقلية للمريض . واكثر هذه المواد استعمالا هي المقويات والفيتامينات ومركبات البنزدرين او ما شابهها . وجميع هذه لا تخلو من فائدة ، خاصة في المرضى الذين اصيبوا بهبوط كبير في الوزن مع فقدان الشهية . وقد يكون هذا الاجراء العلاجي ، مع القدر الكافي من التطمين والتفسير ، هو كل ما يحتاجه المريض في الحالات البسيطة والحديثة العهد من حالات النحول العصبي . اما الحالات الشديدة والمزمنة ، فينطبق عليها ما قاله الكسندر : « في جميع الحالات التي يتبين فيها وجود صراع نفسي مزمن ، فلا الاساليب الغذائية او الدوائية ولا التغيير في الظروف الخارجية للمريض يمكن لها انتدرك قدرا اكثر من الفائده الموقتة في التغلب على الاعراض المرضية . ومثل هذه الحالات تتطلب علاجا نفسيا مستمرا ». وهذا يعني ضرورة القيام بالعلاج النفسي ،وهذا يتطلب بطبيعة الحال البحث عن مصادر الحياة النفسية للفرد بشكل شامل وعميق .

الوسواس المرضي

" Hypochondriasis "

الوسواس المرضي حـــالة مرضية نفسية ، المظهر الغالب فيها هو شكوى المريض الدائم من اعراض مرضية ثابتة ، او متبدلة، يشغل بها ذهنه وتستحوذ على اهتمامه . وهي بهذه الحدود المرضية توجـد بنسبة ٥ الى ٦ في المئة من جميـع حـالات الامراض النفسية . واكثر وقوعها في اولئك الذين تخطوا الخمسين من عمرهم من الرجال والنساء . ولعلهـــا اكثر وقوعا في النساء منها في الرجال ، وفيهن تكون الحـالة المرضية امتدادا للاعراض التي تحدث في فترة سن اليأس . على ان هنالك حـــالات مرضية من الوسواس تقع في سن مبكر ، كفترة البلوغ والزواج وغير ذلك من فترات الجهد والارهاق بالنسبة للانثى بشكل خاص .

*

ان اهتمام الفرد بالامور الصحية عامة وفي النواحي الصحية ذات العلاقة الخاصة به امر شائع . وهذه صفة طبيعية في معظم الناس . وهـذا الاهتمام في حدود معقولة ، يخدم غرضا مفيدا يشبه الفائدة من توفر درجـة من القلق في نفسية الفرد ، وبذلك يتخذ الفرد الحيطة والحذر من تعريض نفسه للامراض . اما اذا زاد هذا الاهتمام في الامور الصحية عن الحدود الطبيعية او الدواعي التي تتطلبها ظروف خاصة ، فان ذلك يعتبر امراً غير طبيعي ، ينم عن توفر الاستعداد في نفس الفرد الى الاتجاه نحو المرض . ومتى اصبح اهتمام الفرد بشؤون جسمه شغلا دائما له ، فان الحالة تصبح مرضا وسواسيا ، وهي على الاجمال حـــالة مرضية تسير نحو الازمان ويصعب شفاؤها في معظم الحالات .*

---

* يوصف المريض المصـــاب بالوسواس المرضي بانه هايبوكوندرياك Hypochondriac والكلمة مشتقة من اليونانية واصلهـا « هايبو Hypo » ومعناها « تحت » . و « كوندريون Chondrion » ومعناها القفص الصدري . وهي بذلك تشير الى تلك المنطقة من الجسم التي تقع تحت القفص الصدري مباشرة من الامام . وقد وصف بهذا المرض كل من كثرت وازمنت شكواه في القسم الاعلى من البطن . وقد عزا القدامى هذا المرض الى اضطراب في الطحال . كما عزى لاسباب اخرى لا تستند الى اساس علمي .

ان بعض الكتاب والاخصائيين يشكون في وجود هذه الحالة المرضية كحالة قائمة بنفسها . ومنهم من يرى بان الحالة في معظم اعراضها ومظاهرها ما هي الا نوع من انواع القلق، وان شكوى المريض الجسمية ما هي الا تعبير خاص عن هذا القلق . ويرى اخرون ان اشغال المريض بوسواس المرض ما هو الا ضرب من الفكر التسلطي الذي يسيطر على ذهن المريض بشكل دائم، وهم لذلك يعتبرون الوسواس المرضي مظهرا اخر من حالات الفكر التسلطي . ومع توفر الشبه بين الوسواس المرضي وبين القلق من ناحية ، والفكر التسلطي من ناحية اخرى ، الا ان هنالك فروقا هامة بين الوسواس وكل منهما . واهم هذه الفروق ان حالة الوسواس المرضي لا يصاحبها القلق الفكري الذي يكون مظهرا هاما في جميع حالات القلق . ومن ناحية اخرى فإن المريض بالوسواس لا يحاول دفع الوسواس عن ذهنه كما هو الحال في الفكر التسلطي الذي يحاول صاحبه دفعه وتجنبه . وعلى عكس ذلك فالمريض بالوسواس يستكين لشكواه المرضية ويتقبلها وبذلك يكون مرض الوسواس في بعض نواحيه مقاربا لمرض الهستيريا ويخدم بعض اغراضه .

وبسبب هذا الاختلاف في تحديد مفهوم المرض وطبيعته وعلاقته بالامراض النفسية الاخرى ، فقد وجد هنالك ميل لاهمال هذه الحالة المرضية كمرض مستقل . على ان هنالك بعض المرضى الذين يكون انشغالهم بالمرض ووظائف الجسم واعضاءه قد بلغ حدا من الشدة والاستمرارية والتركيز ، بحيث لايمكن وصفهم الا بتسميته مرضية خاصة ، وعلى ذلك فهنالك مبرر للابقاء على « الوسواس المرضي » كحالة مرضية توصف بها مثل هذه الحالات .

اسباب « الوسواس المرضي »

ان من الصعب تعيين سبب واحد ترد اليه جميع حالات الوسواس المرضي . فالمرض في حدوده البسيطة يعتبر امتدادا قليلا للاهتمام الطبيعي والاعتيادي بامور الصحة والمرض والذي يتوفر بدرجة ما عند جميع الناس . وفي معظم

الحالات المرضية على اختلاف شدتها ، نجد ان احد والدي المريض او كليهما لهما تأريخ مماثل من الشكوى الوسواسية للمرض ، بصرف النظر عن نمو المريض في هذا الجو العائلي في صغره . وهـذه الحقيقة تؤكد مبدأ الاستعداد التكويني نحو المرض النفسي بشكل عـام . غير ان الغالبية من الحالات ، تعيش في جو عائلي يتحقق فيه هذا الاستعداد التكويني للمرض. واهتمام الكبار بالامور المرضية ، وزيادة حرص الوالدين على صحة الاطفال وتقييد طعامهم وتحديد نشاطهم خشية الحاق الاذى في صحتهم ، وفي اصطحابهم لزيادة الاطباء، كل هذه الامور تجعل نمو الطفل مقرونا بالتحسس بالناحية المرضية لا الناحية الصحية في الحيـاة ، وهذا يوجهه الى ادراك ووعي جسمه ، والى الخوف من امكانية المرض ، والى لزوم الحذر وضرورة العلاج ، الى غير ذلـك من الامور التي تخلق في ذهنه مع مرور الزمن حالة عقلية من التشكك في قواه الجسمية وفي وظـائف بعض الاعضاء في جسمه .

*

ان بعض علماء النفس يفسرون الوسواس المرضي تفاسير خاصة، وقد وردت النظريات المختلفة في البحث عن اسباب الامراض النفسية بشكل عـام في القسم الاول من هذا الكتاب . ومن هـذه النظريات نظرية فرويد التي يفسر فيها الوسواس المرضي على انه « خوف لا شعوري من وقوع اذى حسمي بنتيجة قيام رغبة او دافع غير مقبول ومكبوت » . ويرى آخرون (شلدر Schilder) ، بان الوسواسي ذو شخصية خاصة، فهو محب لنفسه (نرجسي) ، ويحب العزلة ويجد فيها وسيلة دفاعية نفسية ، وكلما زادت عزلة المريض كلما زاد تأمله لنفسه ولجسمه ، وكلمـا زادت اعراضه المرضية . ويرى آخرون ان الوسواس المرضي ذو مغزى رمزي بالنسبة للمريض ، وان الدافع له يتم بطريقة غـير واعية ، والغاية منه جلب الاهتمام والحب والعطف للمريض ممن لهم علاقة خاصة به . وهو بذلك اقرب ما يكون لمرض الهستيريا الذي يقوم على نفس الاساس . على ان من الواضح ان المريض مع مرور الزمن لا يظفر بهذا الاهتمام، بل على العكس يأتي المرض بعكس النتيجة التي تمناهـا في وعيه الباطن ، فيثير الشعور بالنفور والتجنب ممن

حوله ، بدلا من الحب والاهتمام والعطف . وادراك رد الفعل هـذا يحقق في نفسه شعورا من المقت والكراهية ، تنعكس في التحديد من علاقاته الشخصية ، وتدفع به الى حدود ابعد من الوحدة والانطواء ، مما يزيد في حدة اعراضه المرضية وفي استمرارها .

*

وفي بعض المرضى بالوسواس يمثل المرض وسيلة للتواكل والاعتماد او يصبح كذلك مع مرور لزمن . ومعظم المصابين بهذا المرض تخلوا حياتهم من تلـك المصادر الحيوية التي تعطي الفرد الرغبة في العمل والاكتفاء النفسي الذي يأتي من السعي والعمل المنتج . ولهذا نجد الكثيرين من المرضى وكأنهم لا يستطيعون الاستغناء عن علتهم المرضية . ويلاحظ ذلك في فشل المحاولات الطبية والنفسية الطويلة لعلاجهم . فالشفاء يمثل لهم فراغا هائلا وعظيما لا قبل لهم على سده حتى جزئيا ، واسهل السبل امامهم هو الاحتفاظ بالمرض . ولعل هـذا هو احد الاسباب التي تجعل علاج الوسواس المرضي اعسر ما في الامراض النفسية ، لأن المريض لا يستطيع التخلي عن المرض والعيش بدون ما يملاءه من فراغ في حياته. ومن النظريات الهامة في تعليل الوسواس نظرية المدرسة الشرطية ، التي ترى في ارتباط ذهن المريض بعضو معين في الجسم ، دليلا على قيـام ارتباط شرطي متكرر في وقت ما من اوقات النمو . وهي ترد هـذا الارتباط الى الخطأ في التربية وفي ظروف تساعد على قيام ارتباط معين بالذات . فالطفل الذي ينهي عن طعام معين ويتكرر نهيه ، أو يؤنب في اوقات الطعام ، او يتعرض الى حالة من الخوف اثناء وجبات الطعام ، يتكون في دماغه ارتباط « مادي » يؤدي الى اضطراب وظيفي في الجهاز الهضمي ، ويصبح هذا الاضطراب الوظيفي مع مرور الزمن عادة يصعب « فك » ارتباطها في الدماغ ، وهـذا يؤدي الى قيام حالة الوسواس مع مرور الزمن .

ومن النظريات المماثلة لنظرية بافلوف الشرطية بعض النظريات الحـديثة التي تفسر الوسواس المرضي على انه مرض ينتج عن اضطراب في وظيفة ذلك المركز

في الدماغ الذي يشعر بواسطته الانسان بصورة جسمه ، وان الاضطراب يحدث في ذلك الجزء الذى تتمثل فيه الصورة الحسية للعضو الذي بشكو منه المريض . فاذا شكى من المعدة مثلا فـان منطقة المعدة في مركز صورة الجسم في الدماغ هي التي اضطربت وهكذا . وهذه النظرية لها مـا يؤيدها من نتائج الابحاث العلمية التى قام بها كل من « مكيلوك Mc Culloch » و « واينر Wiener » والتي تدل على ان الاحاسيس الجسمية التي لا تسند الى اساس نسيجي في الدماغ انما تأتي عن طريق الاضطراب في نظام الاتصال في الدماغ . وهذه النظرية تدعم الى حـــد كبير نظرية بافلوف الشرطية وتقربها الى الحدود المادية التي تجعلها اكثر قبولا من الناحية العلمية .

علاج الوسواس المرضي

علاج مرض الوسواس من اصعب المهام العلاجية . والقليل من الاطبـــاء يتوفرون على الصبر الكافي الذي يمكنهم من متابعة علاج هؤلاء المرضى مدة طويلة من الزمن . ومعظمهم يضيقون ذرعـا بهم ويدفعونهم الى غيرهم . وحتى في تلـــك الحالات التي تطبق فيها اساليب التحليل النفسي الطويل والعميق ، فان النتائج على العموم غير مشجعة ، مما يدل على ان العوامل النفسية ليست وحدها بالعناصر المكونة للحالة المرضية . ومع ذلك فـــان احاطة الطبيب بجميع العوامل النفسية والعاطفية في حياة المريض وفي عـــلائقه البيئية والاجتماعية هو امر ضروري وهام، لما لهذه العوامل من اثر في ترسيب الحالة المرضية وفي مضاعفتها واستمرارها .

ان بعض حالات الوسواس تقوم على اساس عضوي ، ويظل مرض الوسواس قائما ما زال السبب العضوى موجودا . ولهذا يتحتم ازالة الاساس العضوي اذا كان ذلـــك متيسراً وبالسرعة الممكنة قبل ان يتأصل القلق في نفس المريض ويصبح وسواسا يضاعف من احساسه بالمرض . ولعل علاج هذه الحالات التي تقوم على اساس عضوي او تحدث على اثر مرض جسمي او جراحي هو اكثر

حظا بالشفاء من علاج تلك الحالات التي لا تستند الى اساس عضوي او التي تحدث تلقائيا ، وخاصة اذا تبين وجود استعداد تكويني مع توجه نحو القلق المرضي في المريض منذ سن مبكرة . فمثل هذه الحالات تتطلب جهدا كبيرا من الطبيب المعالج وهي على العموم قليلة الاستجابة للعلاج .

★

ان اهم مبدأ في علاج هذه الحالات الوسواسية هو تداركها في ادوارها الاولى قبل ان يبدأ وهم المريض بالارتكاز ، وقبل ان يتعرض هذا الوهم للتوسع والاشتداد بسبب اضطرار المريض لمراجعة عدد من الاطباء . والذي يحدث عادة ان المريض يستوعب العديد من الآراء الطبية والنتائج الفحوصية ويأخذ منها تلك الاراء والنتائج التي تعزز شعوره بالمرض . ولهذا فكلما تعددت هذه الاراء وتكاثرت هذه الفحوص كلما زادت الحالة تأصلاً وتعقيدا ، ويصعب بعدها رد القناعة للمريض بخلوه من المرض حتى لو جاء التأكيد بذلك من اهل الكفاءة والاختصاص . من اجل ذلك يتحتم على الطبيب المعالج ان يحصر المريض في نطاق محدود من الاجراآت الطبية والعلاجية ، وألا يترك مجالا للمريض لأن يتعرض لما هو غير ضروري من الفحوص والآراء الطبية . فالثقافة الطبية للمريض في مثل هذا المرض هي شر عليه ولا تعينه على الشفاء .

الانهيارُ العَصَبي

Nervous Breakdown

الانهيار العصبي اصطلاح يرد على السنة الناس، ولا يبحث في الكتب والمراجع الطبية كحالة مرضية محددة قائمة بذاتها، وان كانت الاوساط الطبية تستعمل الاصطلاح بكثرة للدلالة على حالات الاضطراب النفسي التي تتصف بالشدة وبالسرعة والحدة التي تحدث فيها الاعراض المرضية النفسية في المريض .

ان الانهيار العصبي ، كالنحول العصبي ، لا يدل على وجود آفة عضوية او مرض عضوي في الاعصاب يؤدي الى حالة الانهيار. وكل ما يفيده هذا الاصطلاح، هو ان المريض قد وصل الى نقطة تداعت فيها مقوماته النفسية بشكل عام وواسع ، والى درجة يتعذر فيها عليه الاحتفاظ بتوازنه النفسي . وفي ذلك افتراض ينطبق على الواقع ، وهو ان لكل فرد مقدارا معينا من المناعة النفسية يستطيع ان يتحمل بها الجهد والارهاق ، والى الحد الذي لا يستنفد فيه الفرد حدود هذة المناعة. وما زاد عن هذه الحدود، فانه يعرض الفرد الى انهيار مقاومته، والى اضطراب كيانه النفسي. والناس يتفاوتون في درجات مناعتهم ، وفي مدى تحملهم لعوامل الضغط والارهاق . واكثر الناس استعدادا للانهيار ، هم اصحاب الشخصية «المعرضة والمهيأة» ،وهم الذين يعيشون على هامش الحياة النفسية السليمة، وسرعان ما يقعون في ازمة نفسية عند تعرضهم لاقل تجربة مرهقة تزيد ولو بقدر يسير عما تعودوا عليه في ظروف الحياة وتجاربها . على ان الانهيار العصبي لا يقتصر على هذه الفئة من الناس ، اذ من الممكن لاي فرد مهما اشتدت مناعته النفسية ان يصاب بالانهيار فيما لو اخضع للقدر الكافي من عوامل الارهاق .

ان العوامل التي يمكن ان تؤدى الى الانهيار العصبي كثيرة، وهي مشابهة للعوامل المختلفة التي يمكن ان تؤدى الى قيام مختلف حالات المرض النفسي . وقد يتظافر اكثر من عامل واحد في آن واحد او بالتتابع في احداث الانهيار العصبي.

وقد يأتي فعل العوامل المسببة بشكل تدريجي خلال مدة طويلة ، وقد يأتي فعلها بسرعة تؤدي الى الانهيار في خلال دقائق او ساعات . وفي معظم الحالات التي يحدث فيها الانهيار العصبي ، يتوفر الدليل على وجود اضطراب نفسي سابق في المريض ، وقد يكون المريض معانيا لحالة او اخـرى من حالات المرض النفسي قبيل حدوث الانهيار العصبي .

الاعراض المرضية

الاعراض المرضية التي يستدعي توفرها وصف الحالة المرضية بانها انهيـار عصبي كثيرة. وليس المهم كثرة هذه الاعراض بقدر شدتها وحدتها وفي الانطباع الذي تعطية الحالة المرضية الاجمالية للمريض ؛ من تغلب الاعراض المرضية عليه وبشكل يفقده السيطرة على مقوماته النفسية ، ويصبح عاجزا عن تفهم حدود حالته المرضية وعن اقامة الارتباط بين مرضه واسبابه حتى مع توفر التفسير الكافي لمثل هذا الارتباط . وفي بعض الاحيان قد يبلغ الانهيار درجة من الشدة بحيث يؤثر في بصيرة المريض، وفي حكمه على الامور، مما يجعل تفريق الانهيار العصبي عن الانهيار العقلي امرا متعذرا .

*

ان الاعراض الغالبة في الانهيـار العصبي هي اعراض الحالة المرضية النفسية التي يتجه اليها انهيار المريض،على ان معظم المرضى ينهارون إلى اكثر من حالة مرضية نفسية في نفس الوقت ، فتظهر على المريض مثلا اعراض القلق والكآبة والنحول في آن واحد . وفي بعض الحـالات الشديدة يبدو المريض وكأنه تمثل جميع الانفعالات النفسية في عملية الانهيار ، ويعبر عن مثل هذه الحـالات بالامراض النفسية الشاملة « Pan - Neuroses » . غـير ان من اكثر حوادث الانهيار وقوعا هي الحالات التي تتصف بالكآبة وخاصة الانفعالية او القلقة منها. ويصعب تفريق هذه الحالات عن مرض الكآبة بشكل عام ، وان كان

النحول العصبي بشقيه العقلي والجسمي اكثر وضوحا في حالات الانهيار العصبي منه في مرض الكآبة .

العلاج

القاعدة الاولى والهامة في علاج حالات الانهيار العصبي هي ضرورة عزل المريض عزلا تاما عن الظروف المسببة والمؤدية للانهيار، سواء كانت هذه الظروف مادية او عاطفية . ومثل هذا العزل ضروري لا يقاف فعل عوامل الارهاق على الكيان النفسي للمريض ، كما انه ضروري لا عطاء الراحة « العصبية » للجهاز العصبي المنفعل بسبب هذه العوامل . وقد يقتضي الامر ادخال المريض الى المستشفى او بتغيير مكان سكنه او بسفره بعيدا عن مكان انهياره. وقد لاتتوفر جميع هذه الامكانيات للمريض وهذا ما يؤخر في عملية الشفاء ، ويؤدي الي مضاعفة الحالة المرضية وتعقيدها .

اما المبادىء العلاجية الاخرى فتهدف الى السيطرة على الاعراض المرضية المتعددة التي يشكو منها المريض حسب اهمية هذه الاعراض . ولعل من اهم الاعراض التي تظهر في الانهيار العصبي هو عارض الارق باشكاله المختلفة . ونجاح الطبيب في اعطاء المريض نوما هادئا وطويلا منذ البداية، يساهم كثيرا في رد الكيان النفسي للمريض، واعطاء المريض الثقه والأمل في الشفاء. وقد يكون النحول والقلق والانفعال من الاعراض البارزة والهامة في الحالة المرضية ، وهذا يوجب اعطاء النوع المناسب والمقدار الملائم من المهدئات . والوصول الى تقرير ذلك يتطلب ملاحظة تفاعل الدواء مع المريض بشكل متواصل. ولما كان النحول الجسمي هو احد الاعراض المؤدية او الناجمة عن الانهيار العصبي، فان من اللازم الاهتمام بالغذاء وتوفيره بالقدر والنوع الملائمين . ويفيد في هذا الامر اعطاء المشهيات والمقويات والفيتامينات . وفي بعض الحالات التي يتضح فيها وجود نقص عظيم في الوزن ، فمن الممكن اعطاء ما يعرف بالعلاج «الأنسلوني المعدل» « Modified Insulin » وهي طريقة علاجية تساعد في ارجاع الوزن الى حالته

الطبيعية وتكسب المريض درجة من الهدوء والاطمئنان في نفس الوقت . اما الحالات المرضية التي تكون فيها الكآبة مظهرا غالبا في الانهيـــار ، فان علاجها يتبع نفس الاسس التي تعالج بموجبها حالات الكآبة ، بما في ذلك الوقاية من اخطار المحاولات الانتحارية .

أمراض الجِسْـــم النَفسِيَّة

الامراض النفسجسمية « السايكوسوماتية»

Psychosomatic Disorders

« ان الحزن الذي لا يجد منفـــذاً له في
الدموع ، قد يجعل احشاء الجسم تبكي »

هنري مودزلي

مقدمة

حدود الامراض النفسجسمية والسايكوماتية

تشخيص الامراض النفسجسمية .

انواع الامراض النفسجسمية .

(١) اضطرابات القلب والدورة الدموية

(٢) اضطرابات الجهاز الهضمي

(٣) اضطرابات الجهاز التنفسي

(٤) اضطرايات الجهاز العضلي والعظمي

(٥) اضطرابات الجهاز العصبي

(٦) اضطرابات الجهاز التناسلي والبولي

(٧) اضطرابات الجلد .

أمراض الجسم النفسية

الامراض النفسجسمية « السايكوسوماتية Psychosomatic »

مقدمة :

هنالك مجموعة واسعة من الاعراض والحالات المرضية الجسمية التي لا يرتبط وجودها بأي مرض عضوي في الجسم ، او التي تعتمد في ظهورهـــا على اسباب وعوامل نفسية آنية او سابقة، او التي اذا توفر لها اساس عضوي كانت الاعراض المرضية اكثر وضوحاً مما تبرره هذه الاسباب مما يدعو الى افتراض فعالية عامل نفسي اضافي يزيد وجوده من شدة هذه الاعراض .

ان استعمال التعبير الامراض « السايكوسوماتية » او « النفسجسمية » هـو استعمال حديث العهـــد في المصطلحات الطبية ، على ان ادراك أثر الانفعالات النفسية على الجسم ليس بالشيء الجديد في المفهوم الطبي ، فقـد عرف هذا الاثر من اقدم الازمان ، وقد وردت روايات ونصوص عديدة من التراث الطبي القديم بما في ذلك تاريخ الطب اليوناني والعربي، والتي تشير كلها الى ادراك القدمـــاء للعلاقة الوثيقة بين انفعالات النفس وانفعال الجسم . وقد طبق هذا الادراك في تشخيص وعلاج الكثير من الحالات المرضية الجسمية . وهكذا فان التسمية الجديدة تعتبر تأكيداً لاتجاه معين في دراسة الامراض يقضي بضرورة الالتفات الى النواحي النفسية واهميتها في تكوين مختلف الحالات المرضية الجسمية .

هنالك مدارس مختلفة تتفاوت في المدى الذي تذهب اليـه في تعيين حدود واوجه التفاعل بين النفس او العقل من ناحيـــة وبين الجسم من ناحية اخرى . فهنالك مدرسة طبيــة تستعمل اصطلاح « الامراض السايكوسوماتية » للدلالة على اضطرابات مرضية جسمية معينـــة يعتقد بأن العوامل النفسية تلعب دوراً رئيسياً في احداثها ويعطون لذلك امثلة ارتفاع ضغط الدم والقرحة الاثني عشرية

والربو وتقرحات الكولون . بينما تعطي مدرسة طبية ثانية شمولاً اوسع لهذا الاصطلاح ، فتدخل في نطاقه جميع مجالات الطب . وتعتبر هذه المدرسة ان الحياة النفسية للمريض هي بمجموعها عامل نافذ الاثر في تكوين الاضطرابات الوظيفية او النسيجية العضوية في الجسم ، اما بصورة رئيسية ومباشرة واما بشكل ثانوي اضافي . ومدرسة ثالثة ترى بان الانسان في حالة الصحة او المرض ، هو وحدة حياتية متكاملة تشمل الجسم والعقل ، وانه لا سبيل الى الفصل بينهما وانهما اوجه مختلفة للكيان الواحد ، يؤثر الواحد في الاخر ، ويتأثر احدهما بالثاني ، لا كوجودين مختلفين ومنفصلين ، وانما كوجود واحد متصل ومتكامل . وفي رأي اصحاب هذه المدرسة انه لا معنى لوجود مرض جسمي ومرض نفسي وانما مجرد « مرض » ، وان مثل هذا المرض قد يأتي بنتيجة عوامل متعددة ، وان المريض في حالة المرض يمر في اطوار من « التكيف » . وعملية التكيف هذه اوسع بكثير من عملية التكيف لعضو واحد في الجسم . وقد اعطي « اوين Owen » لهذه النظرة الشاملة الكلية اسم «هولوسوماتيك Holosomatic» كما سميت الفلسفة التي تسند هذه النظرة بـ « الكلية Holistic » . ويرى اصحاب هذه المدرسة الكلية ، بان الفرد هو عبارة عن كائن ديناميكي معقد ، وانه دوما في حالة توازن غير ثابت او مستقر ، وهو يتفاعل مع التغيرات في المحيط وفي داخل الكيان نفسه ، وهو ما يعبر عنه بالمحيط الداخلي للفرد . وفي حالة الاضطراب ، اي في حالة اختلال هذا التوازن ، تتأثر اوجه متعددة في هذا الكيان . وعلى هذا فعندما نتكلم عن العمليات او الاضرابات النفسية او الفسيولوجية العقلية او الجسمية ، فانما نتكلم عن طرق مختلفة للنظر الى ظاهرة واحدة في كيان واحد متكامل . وهذه الظاهرة الواحدة مثل الكيان الواحد المتكامل غير مجزأة وغير قابلة للتجزئة . ان هذه النظرة الكلية هي نظرة هامة وضرورية لتقدم الطب وخاصة في هذا الزمن الذي تعددت وتشعبت فيه نواحي الاختصاص في الدراسات الطبية . وقد ادي الامعان في الاختصاص الى المباعدة بين الاخصائي وموضوع الاختصاص وبين امكانية النظر الى المريض

بكامله وبكليته . واتجاه الاختصاص الى التجزأة هو ما يعبر عنه بالاتجاه التجزئي او « الذري Atomistic » وهو اتجاه معاكس تماماً للنظرة « الكلية Holistic » التي تفرض على الطبيب ان يتوجه بنظرة اوسع واكثر شمولا واحاطة بجميع العوامل المؤثرة في كيان الانسان وتوازنه الحياتي .

*

بالاضافة الى اصطلاح « الامراض السايكوسوماتية » استعمل بعض العلماء والمؤلفين اصطلاحات اخرى تتفق في حدود متفاوتة بعضها مع بعض في مدلولاتها الطبية . وكل اصطلاح منها يعبر عن وجهة نظر خاصة في اسباب واثار الانفعالات المرضية التي تنتج عن اشتراك العاطفة والجسم ، ومن هذه المصطلحات ما يلي : — ١ — التحويل الاوتونوميكي Autonomic Conversion . ويعني هذا الاصطلاح ان الصراع العاطفي المكبوت يتحول الى وسيلة اوتونوميكية للتعبير عنه . ويقصد بالوسيلة الاوتونوميكية ، انفعال الجهاز العصبي العاطفي ، وهو جهاز غير ارادي ومستقل . ومع ان هذا الجهاز يتأثر بالتجربة العقلية او النفسية المباشرة والواعية الا انه يتأثر ايضاً بالتجارب العقلية والنفسية الغير واعية .

٢ — المرض العاطفي الفسيولوجي Emotional Physiologic Illness ويقصد بذلك المرض الذي ينشأ عن اضطراب عاطفي والذي تصاحبه اعراض واضحة من الاضطرابات الفسيولوجية . وتكون هذه الاضطرابات جزءا هاما من الصورة الكلية للمرض .

٣ — المرض الوظيفي Functional Illness وهو مرض ذو اصل عاطفي ، والاعراض المرضية المتوفرة هي اعراض اضطراب في « وظيفة » عضو او اكثر من اعضاء الجسم ، سواء كان ذلك وقتياً او دائمياً . مع عدم توفر اي دليل على وجود تغيرات « عضوية » في اعضاء الجسم المضطربة وظيفياً .

٤ — التحويل الفسيولوجي Physiolgic Conversion ، ويعني تحويل العاطفة الى انفعال فسيولوجي في الجسم . ويشبه هذا التحويل من حيث

الطريقة ، تحويل الرغبات والحاجات النفسية الى اعراض جسمية كما هو الحال في مرض الهستريا .

٥ – الاضطرابات السايكوفسيولوجية Psychophysiologic Disorders وهي الاضطرابات الفسيولوجية في الجسم التي تنجم عن الاضطرابات العاطفية النفسية .

٦ – التفاعلات التجسيمية Somatization Reactions ويقصد به ايضاً التحويل الى اعراض جسمية اي « تجسيد » العاطفة .

٧ – العصاب العاطفي Vegetative Neurosis وهو الانفعال الفسيولوجي الذي يصاحب الانفعال العاطفي او ينتج عنه .

وبالاضافة الى ما تقدم توجد مصطلحات اخرى ، وهي في مجموعها كالمصطلحات التي سبق ذكرها ، تدلل على العلاقة الوثيقة والارتباط التفاعلي بين الحياة العقلية والنفسية للفرد ، وبين جسمه. ومع ان بعض هذه المصطلحات تذكر في مناسبات واتجاهات خاصة ، الا ان واحداً منها لم يقلل من مكانة الاصطلاح « السايكوسوماتي » ورسوخة في التعبير الطبي . ومع ما في هذا الاصطلاح من بعض المآخذ ، ومع ما فيه من نواحي الغموض ، الا ان اللجنة الخاصة التي الفت لدراسة الامراض السايكوسوماتية في منظمة الصحة العالمية قد اوصت بفائدة الابقاء على هذا الاصطلاح وعدم جدوى تغييره في الوقت الحاضر .

حدود الامراض السايكوسوماتية

لعل من اهم نقاط البحث في موضوع الامراض السايكوسوماتية ، هو تحديد مجال الامراض التي يصح شمولها بهذه التسمية . ومعظم الاطباء والمؤلفين يستعملون هذا الاصطلاح الطبي للدلالة على الحالات المرضية التالية :

(اولا) تلك الحالات التي يشكو فيها المريض من علة او عارض مرضي في الجسم

بدون ان يتوفر اي دليل على وجود آفة عضوية في اي عضو من اعضاء الجسم تفسر الاعراض المرضية التي يشكو منها المريض ، وبدون وجود اي انفعال يغير ولو موقتاً من وظيفة ذلك العضو . ومثل هذه الحالات المرضية تكون نسبة عالية من حالات الامراض النفسية ، وعدد هذه الحالات يقارب الـ ٣٠ في المئة من عدد المرضى الذين يشاهدوهم الطبيب فى عمله اليومي . ويدخل في عداد هذه الفئة من الحـــالات المرضية تلك الحـــالات التي تكون فيهـــا الشكوى المرضية تعبيرا رمزياً عن الاضطراب والصراع النفسي الكامن في العقل اللا واعي ، كما يدخل فيها ايضاً الكثير من الاعراض المرضية التي تظهر في مرض الهستيريا ، ومعظم الاعراض المرضية التي يشكو منها المصابون بالوهم المرضي « الوسواس المرضي » ففي هذه الحالات يشكو المريض من اعراض مرضية ذات مصادر نفسية تتركز في عضو او اكثر من اعضاء الجسم ولا يصاحب الشكوى منها اي تغير في وظائفها الفسيولوجية الاعتيادية او اي تغير عضوي في مادة هـــذه الاعضاء .

(ثانياً) فئة من الحالات المرضية التي يشكو اصحابهـــا من اضطراب في عضو او اكثر من اعضاء الجسم ، والتي يصاحب شكوى المريض بها اضطراب في الوظيفـــة الفسيولوجية للعضو الذي هو موطن الشكوى كتسارع النبض والانقباض في المعدة ، وتصبب العرق ، وجفاف الحلق ، وارتجـاف اليدين ، وغير ذلك من الاعراض المرضية المؤقتة التي لا تترك اثراً دائماً من الاضطراب في وظيفة العضو الذي ترد اليـــه ، والتي لا تنجم عن اي اضراب عضوي في ذلك العضو او في غيره . ومن هـــذه الحالات المرضية في هذه الفئـــة ، الكثير من الاضطرابات والانفعالات الجسمية التي تصاحب الامراض النفسية وخاصة القلق النفسي ، والفزع ، والكآبة ، والافكار التسلطية ، والنحول العصبي . وتعتبر الانفعالات الجسمية المظهر الجسمي لتفاعل العاطفة مع البدن ، ويتم هذا التفاعل عبر اطوار من العمليات العصبية في الدماغ تؤثر بالتالي في مراكز الجهاز العصبي العاطفي وما تفرع منه من اعصاب تتحكم بوظائف مختلف اعضاء الجسم . ومع

ان استجابة الجهاز العصبي العاطفي اكثر ما تكون للانفعالات النفسية العاطفية الانية ، الا ان بامكانه ان يتأثر ايضاً بالاضطرابات النفسية السابقة، سواء احس بها الانسان ام لم يحس بوجودها . والاضطرابات الجسمية التي تحدث في بعض الاحلام وخاصة الكابوسية منها ، دليل على ذلك . وفي الكثير من الحالات المرضية قد يكون الانفعال الجسمي هو المظهر الوحيد للانفعال النفسي الذي لا يعلم المريض بوجوده او بمدى علاقته بمرضه الجسمي . والملاحظ انه كلما تحددت مقدرة الفرد على التعبير عن اضطراباته النفسية بشكل عقلي واضح ومباشر وكاف ، كلما كانت الحاجة اكثر للتعبير عن هذه الاضطرابات بواسطة الانفعال الجسمي . وهنالك من يعتبر انفعالات الجسم اقدم وسائل التعبير عن انفعال النفس ولعل هذا يفسر كثرة ورود الاضطرابات الجسمية في طبقات السكان الاقل حضارة وثقافة من غيرهم ممن تيسرت لهم وسائل اخرى للتعبير المباشر عن مشاكلهم النفسية .

(ثالثاً) هنالك فئة من المرضى المصابين بأمراض جسمية مسببة عن آفة عضوية في الجسم. غير ان الاعراض المرضية التي يشكون منها تزيد قليلاً او كثيرا عما هو منتظر من وجود المرض العضوي ، وهذا يحمل على افتراض وجود عامل عاطفي يزيد من هذه الاعراض، سواء كان هذا العامل مبعثة قلق المريض بسبب حالته المرضية ، او جاء نتيجة الاستغلال الغير واع للمريض لحالته المرضية كما يحدث في مرض الهستيريا . او بسبب تأثير الحالة المرضية الجسمية على بعض المراكز العصبية مما يثير تفاعلات اضافية تدخل اعراضاً جديدة في الصورة المرضية كما هو الحال في تسمم الغدة الدرقية الذي يبعث اضطراباً مشابهاً للقلق ، وهذا يزيد بدوره في اضطراب الغدة الدرقية وهكذا دواليك . وقد اصطلح على هذه الاضافات في الاعراض المرضية التي تزيد على مسبباتها العضوية ، بالتعبير « الغطاء العاطفي Emotional Overlay » . ومثل هذا الغطاء يتوفر في عدد كبير من مختلف الحالات المرضية العضوية . والدرجة التي يوجد فيها لا تعتمد على طبيعة المرض العضوي ، وانما على الخصائص الشخصية للمريض. ويتوجب في كل

حالة مرضية السعي الى فصل الاعراض العضوية عن الاعراض العاطفية الاضافية، وكلما تم هذا الفصل في الاطوار الاولى في المرض كلما امكن حصر تطور الحالة المرضية ومنع تعقيدها .

(رابعاً) مجموعة من الامراض التي تعتمد على اساس مادي عضوي ، الا ان الملاحظات الطبية تشير الى ان العامل النفسي هو عامـــل هام في تسببها وفي علاجها . ومن هـــذه الامراض مرض الربو Asthma ومرض ارتفاع الضغط الاساسي Essential Hypertension وقرحة الاثنى عشر والمعدة Peptic Ulcer وتقرحات الكولون Ulcerative Colitis وغيرها من الحالات المرضية التي تعتمد على العوامل العاطفية في اثارتها .

★

ان دراسة الامراض السايكوسوماتية تثير اهم القضايا في عالم الطب واكثرها تعقيداً وربما اصعبها فهماً . والبحث في هذه الامراض يدور حول الاستفهام فيما اذا كان بامكان الاضطرابات النفسية ان تحدث تغيراً عضوياً دائمياً في الجسم . ويتبع من ذلك استفهام ثاني وثالث عن السبب الذي تثير فيـــه الاضطرابات العاطفية تفاعلات جسمية عضوية في بعض الناس ولا تثيره في غيرهم ، وعن السبب الذي تحدث فيه هذه التغيرات الجسمية في عضو او جهاز جسمي دون غيره. ومع ان الاجابة على هذه الاستفهامات ما زالت غير وافية، الا ان هنالك الكثير من الملاحظات والتجارب التي تسند الاجابات التالية على ما ذكر من الاستفهامات : —

(اولا) ان بامكان الاضطرابات العاطفية ان تحدث تغيراً عضويـــاً في انسجة بعض اعضاء الجسم . ويأتي هذا التغير في بعض الحالات التي يستمر فيها الاضطراب العاطفي وما يصاحبه من اضطراب وظيفي في الجسم مدة طويلة من الزمن . ويرى الباحثون ان العلاقة بين الاضطرابات العاطفية وبين التغيرات الجسمية تقوم على النحو التالي: اضطرابات عاطفية — اختلال وظيفي في العمل

الفسيولوجي في احد اعضـاء الجسم – مرض في خـلايا العضو الذي اختلت وظيفته – تغيرات نسيجية عضوية في العضو الجسمي . وكلما كان الاضطراب العاطفي مستمراً ومزمناً كلما زادت امكانية حدوث التغيرات العضوية وكلما اصبحت هذه التغيرات العضوية غير قابلة للزوال .

(ثانياً) ان الذي يقرر امر اصابة بعض الناس دون غيرهم بالامراض الجسمية نتيجة الانفعال النفسي ، والذي يعين العضو الجسمي الذي يصاب بالمرض بسبب ذلك ، يرد الى استعداد وراثي ، وهذا الاستعداد هو الذي يوجه انفعال الفرد جسمياً وبالصورة والشكل التي ينفرد بها الفرد . ويختلف بعض علماء النفس في هذا الرأي ويرون ان لطبيعة الصراعات النفسية والمشاكل العاطفية التي يعانيها الفرد اهمية كبرى في تقرير انفعال الجسم مرضياً او عدمه ، وفي تعين مكان ونوع هذا الانفعال اذا حدث . وقد يكون الجمع بين هذين الاتجاهين في الرأي اكثر اقتراباً من الحقيقة ومن تفسير الكثير من حالات الانفعـال المرضي السايكوسوماتي التي لا يمكن تفسيرها اعتماداً على عامل سببي واحد . ولا بد من النظر الى كل حالة مرضية من هذا النوع كنتيجة لعمليات مستمرة من التفاعل بين عوامل مختلفة تشترك فيهـا الوراثة البايولوجية والنفسية كما تتأثر بعوامل البنية والمحيط وبالتجارب المادية والنفسية التي يتعرض لها الفرد في حياته . وهذه العوامل بمجموعها تقرر طبيعة ومدى الانفعال الجسمي كما تقرر امكانية تطور هذا الانفعال الى تغيرات عضوية في واحد او اكثر من اعضاء الجسم .

تشخيص الامراض النفسية الجسمية

الانفعالات الجسمية المرضية الناجمة عن الاضطرابات والمشاكل النفسية كثيرة ، وتأتي على صور مختلفة ، وهي متفاوتة في درجة شدتها وفي تنوع اعراضها التي ترد الى عضو او اكثر من اعضاء الجسم واجهزته المختلفة . والكثير من الاعراض المرضية الواردة في هذة الانفعالات مشابهة في نوعهـا وفي طبيعتها للاعراض المرضية التي ترد في الامراض الجسمية التي تنشأ عن سبب عضوي في الجسم .

وقد يكون التشابه بين الاعراض المرضية في الأمراض النفسية ، والامراض العضوية الاسباب ، قريباً الى الحد الذي يصعب معه التفريق بين ما هو نفسي وما هو عضوي منها . وهذا التشابه هو الذي يحمل معظم المرضى على الاعتقاد بأن شكاواهم المرضية متأتية عن سبب عضوي ، وهو الذي يجعل من السهل على الطبيب الوقوع في خطأ تشخيص الكثير من الحالات المرضية ، ويقع معظم هذا الخطأ ، في الاتجاه نحو تشخيصها على اساس عضوي .

من البديهي ان يكون امر تشخيص الانفعالات الجسمية النفسية الاصل اكثر سهولة واسرع وصولاً ، عندما تأتي هذه الانفعالات الجسمية مصاحبة للانفعات النفسية او تالية لها بشكل مباشر ومرتبطة بها بصورة واضحة . على ان الامر اكثر صعوبة وتعقيداً عندما لا يتوفر مثل هذا الانفعال النفسي بشكل واضح ومباشر ، او عندما يتأخر ظهور الانفعال الجسمي لمده طويلة عن الانفعال النفسي، كما هو الحال في معظم الاضطرابات النفسيةالتي تعود الى أسباب وعوامل قديمة وبعيدة في تجربة الفرد . وهنالك صعوبة اخرى في التشخيص نجابهها في تلك الحالات المرضية التي يتوفر فيها عند المريض المصدر العضوي والمصدر النفسي في آن واحد . فقد يتعذر في مثل هذه الحالات التي تشترك فيها الاعراض المرضية من المصدرين ، او التي تضاعف بعضها بعضاً ، ان نعين بالدقة الحدود الفارقة بين ما هو عضوي وبين ما هو نفسي من الاعراض المرضية . على انه مع كل هذه الصعوبات، فان هنالك بعض القواعد التشخصية التي اذا اخذت بعين الاعتبار ساعدالاخذ بها في تشخيص الكثير من حالات الاضطراب الجسمية النفسية وتفريقها عن الاضطرابات الجسمية العضوية . وهذه القواعد هي ما يلي:

١ – شخصية المريض والانطباع الذي يعطيه المريض للطبيب. وهنالك فئة من المرضى توحي شكواهم دائماً بمصادرها وطبيعتها النفسية .

٢ – ظهور الحالة المرضية التي يشكو منها المريض متصلة باضطراب عاطفي او بظروف حياتية معينة ، كما يوحي بذلك تكرر الحالة المرضية مع

عودة الاضطرابات العاطفية ، او الظروف الحياتية المماثلة او المشابهة .

٣ — عدم مطابقة الاعراض المرضية التي يشكو منها المريض للاعراض المرضية المعروفة في الامراض العضوية . ويميل معظم المرضى بالامراض الجسمية النفسية الى الاكثار من الاعراض المرضية ، والى السرعة في تبديلها ، والى عدم الثبات في تأكيد الواحد منها او الاخر ، والى المبالغة في وصفها وفي تقدير شدتها . والانطباع الذي يعطيه المريض هو خروج الصورة المرضية من ذهنه لا من مصدرها في جسمه .

٤ — عدم توفر السبب او الاساس العضوي الكافي لتفسير الحالة المرضية .

٥ — عدم استجابة الحالة المرضية للعلاجات المادية التي تستعمل في علاج الامراض العضوية ، واذا استجابت ، كان ذلك بشكل موقت ، وفائدة الدواء في هذه الحالة مستمد من تأثيره النفسي على المريض لا من تأثيره المادي العلاجي .

٦ — استجابة الحالة المرضية الى نوع او آخر من العلاج النفساني .

ومع كل هذه المظاهر المرضية التي تتميز بها الحالات المرضية الجسمية النفسية عن غيرها من حالات المرض الجسمية العضوية ، فان هنالك اخطاء ومحاذير كثيرة في التشخيص ، وكثيراً ما يأتي هذا الخطأ في تشخيص الامراض الجسمية النفسية بانها امراضاً عضوية ، على ان العكس يحدث احياناً فتشخيص بعض الحالات المرضية العضوية بأنها نفسية لمجرد ظهورها او ابتداء اعراضها في ظروف نفسية قد لا تعدو نطاق المصادفة الزمنية . وبسبب هذا الالتباس فليس من النادر في خبرة الطبيب الاخصائي ان يعثر على اخطاء شخصت فيها حالات من اورام الدماغ ونزيف الدماغ والزائدة الدودية الحادة بأنها حالات من الاضطراب النفسي ، وغيرها من الحالات النفسية التي شخصت على عكس ما هي عليه .

الحالات المرضية الجسمية النفسية

تشمل الامراض الجسمية النفسية حالات كثيرة تتفـاوت في درجة وورود ووضوح العوامل النفسية المسببة لها . كما تتفاوت في درجة ونوعية الاثر الذي تحدثه في الجسم . وهنالك الى جانب ذلك الحالات المرضية التي يتوفر فيهـا العاملان النفسي والجسمي بدرجات مختلفة في الاشتراك والتفاعل. ويمكن تصنيف هذه الحالات جميعها الى الفئات النظرية التالية. وهذه الفئات وان كان لها ما يقابلها من الناحية السريرية الفعلية ، الا ان صعوبة التشخيص من ناحية ، وتعذر تعيين الحدود الفاصلة بين الانفعالات النفسية من ناحية، والانفعالات الجسمية من ناحية اخرى ، كل ذلك قد جعل تحديد هـذه الفئات بخصائص واعراض معينة امرا متعذرا : -

(١) الامراض الجسمية النفسية الرمزية . وفيها تكون الشكوى الجسمية رمزا لاضطراب او حاجة او « عقدة نفسية » . وفي هذه الفئة من الامراض قد لا يحدث اي انفعـال فسيولوجي في الجسم . واذا حدث فهو انفعـال وظيفي موقت . ومثل هذه الحالات المرضية ما يرد في مرض الهستيريا من اعراض حسية او حركية .

(٢) الامراض الجسمية التي تثار وتترسب بسبب العوامل النفسية . وفي هذه الامراض تكون الاعراض المرضية مسببة عن المرض العضوي ، غير ان للعامل النفسي امكانية الفعل كنقطة ابتداء لهـا . وهذا ما يحدث في بعض الامراض مثل الروماتزم المفصلي. والذبحة الصدرية، ومسد نهام كورية Chorea Sydenham في الاطفال وغيرها من الحالات التي قد تحدث على اثر تجارب الخوف والقلق والصدمات النفسية المختلفة . ومن غير الواضح تماماً حتى الان كيفية تأثير هذه العوامل النفسية في ترسيب الحالات المرضيـة الجسمية العضوية ، وهنالك نظريات مختلفة ، لعل اقربها للتفسير العلمي الصحيح نظرية « هانس سيلي » في علاقة الاجهاد Stress بالمرض .

(٣) — الامراض الجسمية التي تكون العوامل النفسية والاعراض الناجمة عنها اضافة لهذه الامراض ، اما بسبب تأثير المرض الجسمي الاساس على بعض المراكز العصبية او الغدد الهرمونية (كما يحدث في زيادة افراز الغدة الدرقية) ، واما بسبب خوف المريض وقلقه من مرضه الجسمي مما يؤدي الى انفعال الجهاز العصبي وما اتصل به من اعصاب عاطفية وغدد هرمونية ، وهذه تؤدي الى قيام اعراض جسمية جديدة تضاف الى الاعراض الجسمية الاولى الناتجة عن المرض العضوي . ويعبر عن الاضافة الجديدة من الاعراض بـ (الغطاء او الاضافة العاطفية) .

(٤) — الامراض الجسمية التي تعتمد في تكوينها بالدرجة الاولى على العوامل النفسية مثل ذلك قرحة المعدة والاثني وعشر وتقرح الكولون والربو . ومع اعتماد هذه الامراض على العوامل النفسية الا ان هنالك اعتقادا بان هذا الاعتماد اكثر تعقيدا مما يبدو ظاهريا . ومثل هذه الامراض تعتمد من ناحية على التجارب النفسية في الحياة ، كما تعتمد على الاساس التكويني للفرد. هذا الاساس الذي يقرر امكانية تفاعل الجسم بالشكل الذي يتفاعل فيه فيما اذا توفرت العوامل النفسية المناسبة في الوقت المناسب في حياة الفرد .

(٥) — الانفعالات الجسمية التي تأتي كمظهر مباشر للانفعالات والاضطرابات العاطفية والنفسية ، سواء جاء ذلك مرة واحدة او تكرر مرات كثيرة . وفي الحالة الاولى يكون الانفعال الجسمي عاما وموقتا ولا يخلف وراءه اثرا عضويا. على ان الانفعالات النفسية اذا استمرت او تكررت ، فقد تؤدي الى اضطرابات وظيفية دائمية في عضو او اكثر من اعضاء الجسم . وهذه الاضطرابات الوظيفية قد تؤدي الى قيام تغيرات نسيجية او عضوية ثابتة .

*

جميع هذه الحالات المرضية التي اوردناها تدل على مدى تنوع العلاقة بين الاضطرابات النفسية من ناحية وبين الانفعالات الجسمية من ناحية اخرى .

وفي جميع هذه الحالات يصعب النظر الى اي من الحياة النفسية او الحياة الجسمية للفرد كشيء مستقل بنفسه وغير متصل بالآخر . فهذا الاستقلال غير موجود ، واعتماد الواحد على الآخر بشكل متكامل ومتفاعل هو المبدأ العلمي الصحيح الذي يستند عليه مفهوم الطب الحديث وهو مبدأ لا يسمح باغفال اثر العوامل النفسية في العمليات الجسمية ، ولا اثر العمليات الجسمية في الحياة العاطفية والنفسية للفرد .

انواع الاضطرابات النفسية الجسمية

انواع الاضطرابات الجسمية الناتجة عن الاضطرابات العاطفية والنفسية متعددة ، والاعراض التي يشكو منها المرضى كثيرة في تنوعها وفي الاعضاء الجسمية التي ترتبط بها . ويلاحظ في الاضطرابات العاطفية الحادة ان الاعراض الجسمية متعددة وتشمل مجالات الانفعال للجهاز العصبي العاطفي بشكل عام . وفي الحالات الاقل حدة او المزمنة يميل الاضطراب الجسمي الى الارتكاز في مجموعة معينة من الاعراض ترتبط بعضو او جهاز جسمي معين . على ان بعض المرضى قد تنتقل شكواهم المرضية من عضو الى آخر بسرعة او ببطىء تبعا للعوامل المختلفة التي تعزز مثل هذا الانتقال . ومع ان اكثر الاضطرابات الجسمية ظهورا في الانفعالات النفسية تتعين في الاحشاء الباطنية بسبب خضوع هذه الاعضاء لسيطرة الجهاز العصبي العاطفي ، الا ان الاعراض المرضية في اجزاء الجسم الاخرى واجهزته غير قليلة . ويمكن القول بدون استثناء ان ما من وظيفة من وظائف اي عضو من اعضاء الجسم الا ويمكن اختلالها بسبب الاضطرابات النفسية . والذي يلاحظ ان البسطاء في ثقافتهم من المرضى ، تتوزع اعراضهم المرضية في مجال واسع من اعضاء الجسم واجهزته ، وتتصف هذه الاعراض فيهم الى جانب تعددها بعدم الوضوح وعدم الاستقرار على طبيعة واحدة . وكلما زادت ثقافة الفرد العامة او الطبية كلما مالت الاعراض المرضية الى التحديد والى الارتكاز في عضو او في جهاز جسمي واحد مما يعطي انطباعا اوليا بان الحالة المرضية

مسببة عن اضطرابات عضوية في ذلك العضو او الجهاز . وفيما يلي عرض مختصر للاعراض المرضية الاكثر ورودا في الاضطرابات الجسمية النفسية : —

١ — اضطرابات القلب والدورة الدموية .

ان الاعراض المرضية التي تصيب القلب والدورة الدموية من اكثر الاعراض التي تصيب الجسم عـامة ، ومعظم هذه الاعراض ترد الى اسباب نفسية ، وفي غالبية هذه الاعراض لا يتوفر الدليل على اصابة القلب بأي مرض عضوي .

ان من السهل ادراك الاسباب التي تجعل من القلب اكثر الاعضـاء الجسمية موطنا للاعراض المرضية التي يشكوا منها المرضى في الامراض النفسية، ذلك ان القلب يحتل في تفكير الانسان مكانا هامـا وحيويا ، وهذا الاعتبار يجعل من الطبيعي ان يتوجه ذهن الفرد الى منطقة القلب في الكثير من حـالات القلق والخوف وخاصة تلك الحالات التي تنذر بالموت المفاجىء . يضاف الى ذلك انه قد تأصل في ثقافة معظم الناس الشعور بوجود ارتباط وثيق بين القلب وبين الحياة العاطفية ، وبسبب ذلك فقد اضفي على القلب صفة التأثر بشتى الانفعالات التي تزخر بها حياة الانسان ، ولهذا فقد بات من البديهي ان يتوجه ذهن الانسان الى القلب ، بشكل واع او غير واع ، في معظم الحـالات التي تثار فيها التفاعلات العاطفية المختلفة . واخيراً فان القلب والدورة الدموية هما اسرع الاعضـاء والاجهزة تأثرا بالانفعالات العاطفية . ليس هذا فقط . بل ان الفرد المنفعل يتحسس بالتغيير الوظيفي في عمل القلب والدورة الدموية باسرع ممـا يتحسسه من التغير الوظيفي في اعضاء الجسم الاخرى . وسرعة استجابة القلب للانفعالات العاطفية ، وسرعة تحسس الفرد بها ، توجة انتباه الفرد الى القلب والى الاضطراب في وظيفته من سرعة النبض والخفقان او غيرها من الاعراض . وجميع هذه العوامل تتظافر في جعل القلب المركز الاول الذي تنعكس فيه الاضطرابات النفسية . ومما يزيد في توجه ذهن الفرد الى القلب ، الثقافة الخاصة والتجارب المرضية التي عرضت للفرد في حيـاته . وكلما اتسعت ثقافة الفرد ، وخاصة في المواضيع

الطبية ، وكلما كثرت خبرته المرضية بنتيجة تعرضه لجو مرضي ، وخاصة في امراض القلب ، كلما زاد استعداده للاصابة بالاعراض المرضية المتصلة بالقلب والجهاز الدموي .

ان الاعراض المرضية المتعلقة بالقلب والدورة الدموية متعددة ، ويمكن حصرها في ثلاث فئات : اعراض القلب ، وضغط الدم ، وصداع الشقيقة .

١ — القلب .

معظم الاعراض المرضية المتصلة بالقلب هي بمثابة تعبير جسمي عن حالات القلق ، ومع ان اعراض القلب تكون جزءاً من مجموعة كبيرة من الاعراض الجسمية الاخرى الا ان الكثير من الحالات المرضية تنحصر فيها الاعراض في منطقة القلب فقط . ومن اكثر الاعراض ورودا في هذه الحالات الاحساس بالالم في منطقة القلب والخفقان ، وتسارع النبض واضطرابه . والاعراض الثانوية الاخرى الناجمة عن تحسس المريض بمرض القلب هي سرعة القلب ، وضيق النفس ، والارتعاش ، والدوخان ، والدوار والصداع وغيرها من الاعراض .

٢ — ضغط الدم .

تأثير الحالة النفسية للفرد على مستوى الضغط أمر واضح في خبرة جميع الاطباء ، خاصة اذا توجه ذهن المريض لموضوع الضغط ، وعند توفر القلق او الانفعال اثناء عملية قياس الضغط . ومعظم حالات الارتفاع تزول بزوال الحالة النفسية المؤدية اليها . ويعتبر ارتفاع الضغط في مثل هذه الحالات امراً طبيعيا وناتجا عن تأثير الانفعال العاطفي الطارىء على جهاز الاعصاب العاطفية الذي يؤدي انفعاله الى رفع ضغط الدم . ولكن هنالك بعض الحالات ، وهي ليست بالقليلة ، التي يظل فيها الانفعال العاطفي قائما ومستمراً بدرجة ما ، مما يؤدى الى فعالية دائمة في الجهاز العصبي العاطفي والى بقاء الضغط مرتفعا . وهذا يؤدي الى حالة مستديمة من ارتفاع الضغط مع ما يؤدي اليه ذلك من تغيرات

عضوية في الشرايين وفي القلب نتيجة لذلك. ومع ان العلاقة بين النواحي العاطفية وبين ارتفاع ضغط الدم لم تتضح بعد بشكل كامل ، الا انه مما لا شك فيه ان الحياة العاطفية لبعض الافراد تلعب دوراً هاما في تسبيب ارتفاع الضغط . ثم ان معظم العلاجات الطبية والجراحية المستعملة في علاج ضغط الدم بانواعه المتعددة تحدث أثرها العلاجي بالتأثير المباشر على المراكز العصبية العاطفية ، وفي هذا دلالة تؤكد أهمية الاثارات العاطفية في تقلبات ضغط الدم وفي ارتفاعه. وكما ان ارتفاع ضغط الدم قد يأتي بسبب العوامل النفسية ، فان مثل هذه العوامل قد تؤدي الى انخفاض في مستوى الضغط عن حدوده الطبيعية . ويأتي الانخفاض إما على نوبات بسبب اضطراب عملية الضبط العصبي للاوعية الدموية ، كما يحدث في بعض حالات الاغماء والخوف ، وقد يكون انخفاض الضغط دائميا كما يحدث في بعض المرضى المصابين بالنحول العصبي . ففي هؤلاء يأتي انخفاض الضغط نتيجة للجمود وقلة الحركة ولتجنبهم أي نوع من النشاط الجسمي ، وهذه كلها تؤدي الى خمول في الدورة الدموية وهبوط في الضغط .

٣ – الصداع النصفي (الشقيقة)

وحالات الصداع التي تشملها هذه التسمية كثيرة ومتعددة الاوصاف . والحالات الكلاسيكية من الصداع النصفي قليلة نسبيا ، فمعظم الحالات تتعدد فيها الاعراض ويكون الصداع فيها عاما او متنقلا . ومع ان هنالك الكثير من حالات صداع الشقيقة التي لا يتوفر في احداثها أي عامل نفسي ، الا ان هنالك الكثير مثلها الذي يتوفر فيها مثل هذا العامل اما بشكل آني ومباشر ، واما بشكل كامن بطيء الفعل . ولعل البحث في معظم حالات الصداع النصفي يظهر بان الجهاز العصبي عند المصابين بالصداع مضطرب التوازن ويميل الى سرعة الانفعال ، كما ان الحياة العاطفية للمصابين بهذا المرض تعاني في معظم الحالات من اضطراب مماثل . ويرد هذا الاضطراب الى اتجاه أساسي في الشخصية ، للوراثة في تكوينه أثر كبير . ويظهر مثل هذا الاتجاه الخاص بالشخصية في

وقت مبكر . ومن اظهر معالم شخصية (الشقيقي) القلق ، وسرعة الانفعال، والتأثر ، والتمسك بالمثل ، والحرص على عدم التخلي عن قواعدها ، مما يضطره الى الانفعال الداخلي على حساب نفسه بدلا من تجاوز هذه الحدود . ومن معالمها ايضا الاتجاه نحو الشك ، والكمال في محاولة ادراك الهدف والسعي الحثيث للوصول اليه . والبحث في الحياة الجنسية في الكثيرين من المصابين بالشقيقة يفيد بتوفر عناصر الاضطراب والفشل في هذه الناحية الهامة من حياة الانسان.

٤ — اضطراب الجهاز الهضمي

اضطرابات الجهاز الهضمي الناجمة عن اضطراب الحياة النفسية هي اكثر الاضطرابات الجسمية النفسية حدوثا . واللجوء اليها كوسيلة من وسائل التعبير عن الحياة العاطفية يبدأ في سن الطفولة ويصاحب الانسان حتى السنين الاخيرة من حياته . ويعود ذلك الى ان عملية الرضاع في السنة الاولى من حياة الطفل هي الوسيله الوحيدة ، عدا البكاء ، التي يستغلها الطفل لاظهار انفعاله . فاذا تميزت حياة الطفل بالهدوء والقناعة والاطمئنان ينعكس ذلك في عملية هادئة من الرضاع وفي هدوء مماثل في الجهاز الهضمي بسبب الاستقرار والتوازن في وظيفة الاعصاب العاطفية التي تدير حركة وافرازات المعدة والامعاء . واذا تميزت حياة الطفل على عكس ذلك ، بالتوتر والاثارة والخوف وعدم القناعة ، فان ذلك ينعكس اثره باضطراب عملية الرضاع ، ومن ذلك يمتد الى وظيفة الجهاز الهضمي بكامله ، في المعدة والامعاء ، وقد يكون من نتيجة ذلك اضطراب الحركة في كل منها والى اضطراب في الافرازات، وفي عملية الهضم وامتصاص الطعام . وباستمرار المواقف والتجارب التي تثير الاضطراب النفسي في الطفل ، فان الاضطرابات في الجهاز الهضمي المصاحبة لها تستمر ايضا ، مما يولد نوعا من الصلة الشرطية التفاعلية بينهما . ومثل هذه الصلة اذا تأكدت وتثبتت في السنوات الاولى من الحياة فان من الصعب التخلي عنها فيما بعد ، مما يؤدي الى بقاء الجهاز الهضمي في أحد أقسامه ، وفي بعض وظائفه

وسيلة تلقائية للتعبير عن تجارب الحياة التي تثير الاضطراب في الحياة النفسية للفرد .

ان الاعراض التي يشكوا منها المرضى في اضطراباتهم النفسية التي تنعكس في الجهاز الهضمي كثيرة ، من غثيان الى فقدان الشهية ، وسوء الهضم ، والتقيوء وانتفاخ الغازات ، (والترياع) ، والامساك ، والاسهال ، والالم في منطقة المعدة ، ومنطقة الزائدة او منطقة المرارة ، او في البطن بشكل عام . وكثيرا ما تحمل الاعراض الاخيرة الى اجراءات جراحية لاحتمال وجود التهاب فيهذه الاعضاء بدون ان يظهر أي أثر للالتهاب فيها . على ان هنالك بعض الامراض المعينة التي تصيب الجهاز الهضمي والتي تحدث تغيراً عضويا واضحا في بعض اجزاءه ، وأهم هذه الامراض هي « القرحة Peptic Ulcer) بنوعيها : المعدية والاثنى عشرية ، « ثم التهاب » « الكولون المخاطي Mucous Colitis » وتقرح الكولون Ulcerative Colitis . ويضاف الى هذه الحالات المرضية العضوية حالات اخرى لا يتوفر فيها التغيير العضوي مثل فقدان الشهية العصبي Anorexia Nervosa والسمنة Obesity . وفيما يلي مختصر لاهم الحقائق الطبية عن هذه الحالات بقدر ما يتعلق ذلك بالنواحي النفسية : —

١ — القرحة Peptic Ulcer

لقد بات من الواضح لدى العامة ، ولدى الخاصة في الامور الطبية وثوق الارتباط بين العوامل العاطفية من ناحية ، وبين الاضطرابات المعدية من ناحية اخرى . ومثل هذا الارتباط واضح ايضا في العلاقة بين القرحة المعدية ، والاثني عشرية بشكل خاص ، وبين شخصية المريض المصاب بها وطبيعة انفعالاته النفسية والعاطفية . ومع انه لا يعرف حتى الآن كيف تنتهي التفاعلات الفسيولوجية في المعدة والناجمة عن الانفعال العاطفي الى تكوين القرحة ، الا ان العلاقة بينهما اكيدة . ويعتقد ان الاتجاه نحو تكوين القرحة في الفرد لا يعتمد فقط على التفاعلات الفسيولوجية من اضطراب في حركة المعدة وافرازاتها ،

وانما يعتمد ايضا على استعداد تكويني خاص في المعدة يجعلها مهيأة للتأثر بشكل يؤدي الى قيام القرحة فيها . واحتساب مثل هذا الاستعداد التكويني امر ضروري ، بالنظر الى ان نسبة قليلة فقط من الذين يصابون باضطرابات معدية لاسباب عاطفية يتطور اضطرابهم الى تكوين القرحة .

ان طابع الشخصية للمصابين بالقرحة يدل على توفر معالم معينة يمكن نعتها « بالشخصية القرحية » ، وهي عادة شخصية قلقة يضاف اليها دافع شديد نحو الطموح ، وهو دافع يتقيد في اكثر الحالات بالفشل او الخوف منه . ويتصف مريض القرحة ايضا بالصراع المستديم بين اتجاهه نحو التواكل والاعتماد على الغير ، وخاصة في الامور العاطفية ، وبين رغبته في الاستقلال والاعتماد على النفس والتحرر من الارتباط بالغير . ويميل معظم المرضى بالقرحة الى الكآبة ، كما يلجأ الكثيرون منهم الى تعاطي المشروبات الكحولية . ويلاحظ في بعض المرضى ، وخاصة النساء ، توفر العلاقة بين القرحة من ناحية وبين الشعور بوجود ما يهدد العلاقة الجنسية في حياة المريض .

ولعل من ادل البينات على وثوق العلاقة بين القرحة وبين الحياة العاطفية للفرد ، هو ان علاج القرحة بشقيه الدوائي والجراحي يستهدف ايقاف وصول الأثارات العصبية الى المعدة ، مما يؤكد اعتماد القرحة الى حد بعيد على وجود هذه الاثارات التي يبعث بها الجهاز العصبي العاطفي الى المعدة فتؤثر في حركتها وافرازاتها وفي دورتها الدموية . والدراسات العلاجية المتعددة كلها تؤيد عدم جدوى المعالجة الطبية الدوائية بشكل دائم ما لم تقترن هذه المعالجة الدوائية بالعلاج النفسي المناسب .

٢ — التهاب الكولون المخاطي Mucous Colitis

وهي حالة من اضطراب الجهاز الهضمي تتميز بسوء الهضم والامساك وافراز قطع مخاطية واحيانا غشائية من الكولون ، بالاضافة الى اعراض اخرى من

اضطراب الجهاز الهضمي . ويقترن هـذا الاضطراب مع توفر حالة من القلق النفسي في شخصية تتميز بالحساسية ، والوجـدان والشعور بالاثم ، والحرص والتقيد بالمثل ، والحنق بسبب الفشل في تحقيق الاهداف والمثل .

٣ – تقرّح الكولون . Ulcerative Colitis

ان الاقتران الزمني بين الانفعالات العاطفية وبين نوبات تقرّح الكولون ملاحظ في كثير من حالات هذه العلة المرضية . واكثر الانفعالات العاطفيـة ترسيبا لتقرح الكولون هي الانفعالات الناتجة عن توفر الوقائع التي تهدد شعور الفرد بالسلامة والاطمئنان ، كما يحدث في ظروف الوفاة او الفراق او التشويه الجسمي او استبدال ظروف الحياة بشكل لا يوحي بالاطمئنان والضمانة المادية او النفسية او الجسمية . ومع ان العلاقة واضحة بين العوامل النفسية من ناحية ، وبين حالة تقرّح الكولون من ناحية اخرى ، بسبب اتصالهما من الوجهة الزمنية ، وبسبب استجابة الحالة المرضية للعلاج النفساني من ناحية اخرى ، الا ان العوامل النفسية لا تستطيع ان تفسّر جميع حالات التقرّح ، كما لا يمكن ربط درجة الانفعالات النفسية وطبيعتها ، بدرجة الحالة المرضية . وهذه الحقيقـة تشير الى وحوب توفر عوامل اخرى غير العوامل النفسية في التهيئة لهذه الحالة المرضية.

٤ – فقدن الشهية العصبي Anorexia Nervosa

وهي حالة تتصف بفقدان الشهية للطعام الى حد الصدود ، والى حـد يدفع بالمريض احيانا الى التقيوء اذا اجبر على تناول الطعام . وهنالك صلة وثيقـة بين هذه الحالة المرضية التي تؤدي الى نحول وذبول في الجسم وبـين الحالة النفسية للمريض . ومن اظهر خصائص المريض المصاب بهـذه الحالة الحساسية والعناد والانانية والانطوائيـه . وبعض المرضى يتصفون بصفاة الشخصية الهستيرية ، ويكون امتناعهم عن الطعام وسيلة غير واعيـة لجلب الاهتمام والانتباه الى مشاكلهم العاطفية . وفي بعض الحالات يكون الصـدود عن الطعام ناتجا عن رغبة المريض، وهي عادة انثى ،بتجنب السمنة وما يقترن بها من الشعور بالنقص.

مع ان السمنة واسبابها تؤلف حالات مرضية عديدة وغير واضحة المعالم ، الا ّ انه مما لا شك فيه ان بعض هذه الحالات تعتبر مظهرا من مظاهر اضطراب الحياة النفسية للفرد. وهذا يحدث في المرأة كما يحدث في الرجل على حد سواء . وفي الحالات التي يتوفر فيها الدليل على وجود اضطراب في افرازات الغدد الهرمونية فان البحث الدقيق يدل على ان الكثير من حالات هذا الاضطراب هي ثانوية وتأتي نتيجة لتأثير االانفعالات العاطفية على افرازات هذه الغدد .

الجهاز التنفسي

هنالك بعض الأدلة على ان الجهاز التنفسي متصل من ناحية تكوينية ومن ناحية وظيفية بالجهاز الهضمي . ويرى بعض العلماء انه ما دام للجهاز الهضمي علاقة وثيقة بالانفعالات العاطفية ، فلا بدّ ان يكون للجهاز التنفسي مثل هذه العلاقة بالنظر لاتصالها في نواحي التكوين والنواحي الوظيفية . هذا وهنالك من الادلة السريرية ما يؤيد استغلال الجهاز التنفسي كوسيلة للتعبير عن الانفعالات العاطفية والاضطرابات النفسية في حياة الكثيرين من المرضى .

ان الاعراض التي يمكن ان تظهر في الجهاز التنفسي بفعل العوامل النفسية كثيرة . واكثر هذه الاعراض ورودا هي (١) أعراض الاضطراب في حركة التنفس (٢) الربو Asthma . وهنالك الى جانب ذلك، من يعتقد بأن للانفعالات العاطفية بعض الأثر في ترسيب حالة الرشح ، وفي ترسيب مرض التدرن الرئوي في بعض المرضى .

١ — اعراض الاضطراب في حركة التنفس : —

وتشمل هذه الاعراض توقف التنفس ، والتنفس العميق ، والتنفس السريع ، والمتقطع ، والتنفس القصير الضحل ، والتأوه ، والتصعيد ، وغير ذلك من اضطرابات السرعة والتوازن في عملية التنفس. والكثير من هذه الاعراض تحدث

في النوبات الحادة من القلق النفسي كجزء من مجموعة الاعراض التي تتميز بها هذه الحالة ، وبعضها يأتي كعارض اساسي ، وربما الوحيد،في مرض الهستيريا . وفي بعض الحالات قد يكون العارض نتيجة توجه ذهن المريض الى عملية التنفس بشكل تسلطي كما هو الحال في مرض الافكار التسلطية. ولما كانت بعض اعراض الاضطرابات التنفسية ، وخاصة سرعة التنفس او حبس النفس ، قد تؤدي الى الاخلال بعملية نقل الاوكسجين الى الدم ، فمن المنتظر حدوث اعراض اخرى في المريض من دوار وشبه اغماء . وقد تتجاوز الاعراض هذه الحدود فتؤدي الى الاغماء او الارتجافات Convulsions ، وجميع هذه الاعراض قد تحمل على القيام بتشخيص خاطىء للحالة المرضية يغفل فيه الاساس النفسي لها .

٢ – الربو Asthma

ان دراسة حالات عديدة من الربو من حيث العوامل المرسّبة لها ، تثبت وجود علاقة كبيرة بين الكثير من حالات الربو وبين الانفعالات العاطفية للمصابين بهذه العلة. فهنالك الكثير من الحالات التي تبدأ فيها النوبة لاول مرّة او تتكرر بسبب اثارة عاطفية او بسبب تكرر تجربة نفسية او حسّية معينة كالتعرض الي موقف معين ، او عند سماع صوت او موسيقى معينة . وهنالك بعض الحالات التي حدثت فيها نوبة الربو لمن لديهم الحساسية للورود عند رؤية ورود صناعية ليس فيها ما يثير الحساسية . وهذه الملاحظات تثبت جميعها ان العوامل النفسية ذات اثر بين في ترسيب نوبات الربو . وتدل بعض الاحصائيات الطبية على ان حوالي ٧٥ ٪ من حالات الربو يتوفر فيها الدليل على اهمية العوامل العاطفية في ترسيب النوبات وفي تكرارها . ومما يلاحظ ايضا توفر خصائص معينة في شخصية المصابين بالربو ، مما يؤكد وجود نوع من الاستعداد التكويني للاصابة بالمرض ، ويكون هذا الاستعداد في اتجاهين : الشخصية ، والحساسية . وتوفر الاتجاهين معا يضمن اثارة الحساسية وتأثرها بالعوامل العاطفية . ومن اظهر معالم شخصية المصابين بالربو هي سرعة التأثر والانفعال،وقلة الثقة بالنفس

والشعور بالاعتماد على الغير ، وكثرة ورود الصراعات النفسية التي ترتبط الى حد بعيد بالنواحي الجنسية . ويرى بعض علماء النفس التحليليون ان نوبة الربو في بعض المرضى تمثل رمزا مزدوجا بالنسبة للمريض ، فهي بمثابة احتجاج لتفريقه عن امه ، والرغبة بالابقاء على هذه العلاقة عن طريق البكاء،وهكذا تعتبر النوبة مساوية لنوبة البكاء وبديلا عنها .

اضطرابات الجهاز العضلي والعظمي

اثر العوامل العاطفية في ترسيب وفي علاج الامراض التي تصيب الجهاز العضلي والعظمي ، أمر واضح لكل من يعني بدراسة وعلاج هذه الامراض . وتدل الدراسات الاحصائية ان اعراض اضطرابات هذا الجهاز هي من اكثر الاعراض المرضية النفسية الجسمية وقوعا . ويمكن حصر هذه الاعراض حسب اهميتها وكثرة ورودها في النواحي التالية : —

١ — آلام وروماتزم المفاصل .

استرعت العلاقة بين آلام المفاصل والتهاباتها الروماتزية وبين العوامل العاطفية اهتمام الكثيرين من الباحثين ، وهنالك اعتقاد متزايد الوثوق بتوفر العلاقة بينهما ، على انه من غير الواضح حتى الآن طبيعة هذه العلاقة وكيفية حدوثها . والرأي السائد الآن هو « أن روماتزم المفاصل هو نتيجة رد فعل للمؤثرات العاطفية التي تظهر في داخليته والتي تؤثر في وظيفة المفاصل » .
وهنالك من يرى بان العوامل العاطفية هي احدى العوامل الكثيرة الاخرى في تسبيب الالام الروماتزمية ، وان من هذه العوامل ما يعود الى مؤثرات وراثية ، او خصائص جسمية ، او التهابات عامة او موضعية ، او بتأثير صدمة مؤذية للمفصل . ومن التفسيرات النفسية للالآم المفصلية هي ، ان المصابين بالالآم الروماتزمية في المفاصل قد تعودوا تصريف دوافع التعدي في نفوسهم عن طريق التسابق في المنافسة ، والحركة الدائبة ، والتحكم في العائلة ، وان توقف هذه

الوسائل التصريفية او اعاقتها لسبب من الاسباب ، فان ذلك يؤدي الى زيادة التشنج العضلي للأطراف ، وبالتالي الى الالآم المفصلية . ومن البديهي الاستدراك بان مثل هذا التحليل لا يفسر الا بعض حالات الالآم المفصلية ولا يمكن ان يفسر الكثير من الحالات الاخرى ، مما يدفع الى الاستنتاج الذي ذهب اليه البعض والذي اوردناه آنفا من ان العامل النفسي هو احد العوامل الهامة في ترسيب الالآم المفصلية وروماتزم المفاصل .

٢ – الآم الظهر

الالم في الظهر كعارض مستقل ، او كجزء من مجموعة اخرى من الاعراض كثير الوقوع بين المرضى . ولما كانت التحريات المرضية لا تثبت وجود آفة عضوية موضعية في نسبة كبيرة من المرضى ، فقد وجّهت هذه الحقيقة الانتباه الى ملاحظة العلاقة بين مثل هذه الحالات وبين الانفعالات العاطفية . ومع ان العمود الفقري بكامله قد يصبح مركزا للالم الظهري، الا ان الجزء الاسفل منه هو الاكثر تأثراً بالاضطرابات النفسية ، وقد يرد ذلك الى ان الجزء الاسفل من الظهر هو الاكثر تحملا للجهد من اية منطقة اخرى في الظهر ، والاكثر تعرضا للاذي ، مما يجعله منطقة ضعف في الجسم ويسهل اختياره (بدون وعي) للتعبير عن المشاكل النفسية في بعض المرضى. ويرى بعض اصحاب النظريات التحليلية النفسية ان اللجوء الى الظهر كموطن للألم في الاضطرابات النفسية التي تصيب الرجال ما يدّل على تأصل فكرة ربط الظهر بمعنى الرجولة في الثقافات الانسانية بشكل عام . ولعل هذا يفسر ايضا كثرة ورود شكوى الآم الظهر في اولئك الذين يعانون من الضعف الجنسي .

٣ – التشنجات العضلية

وقد تكون هذه موضعية ، او عامة ، او متنقلة ، وقد تصيب اي عضلة او مجموعة من العضلات في اي مكان من الجسم ، واكثر اجزاء الجسم اصابة بهذه

التشنجات هي الاطراف والرقبة واسفل الظهر والرأس . واكثر هذه التشنجات تحدث في اولئك الذين تميزت حالتهم النفسية بالتوتر والاحتصار والقلق . وتقع التشنجـات في تلك الاجزاء من الجسم التي اكتسبت اهمية نفسية خاصة في حياة المريض بسبب طبيعة عمله ، او بسبب اي ضرر سابق قد تعرّض له ذلك الجزء المعين من الجسم، او بسبب اهمية رمزية في حياة المريض، او بفعل الايحاء من الغير .

اضطرابات الجهاز العصبي

اعراض الاضطراب في وظيفة الجهاز العصبي الناجمة عن الانفعالات النفسية متعددة . وهي تقع بكثرة بين المرضى ، وقلّ ان لا يتوفر منها ولو عارض واحد في معظم المرضى المصابين بالامراض النفسية . ومن اكثر هذه الاعراض وقوعا الارق بانواعه ودرجاته ، والصداع ، والدوار ، والدوخة ، والخـدر ، والالام الموضعية او المتنقلة . ولعل اكثر هذه الاعراض انتشارا هو عارض الخدر وخاصة في الاطراف ، وهذا العارض اكثر وقوعا في الاناث منه في الرجال ، وكثيرا ما يأتي هذا العارض كجزء من اعراض النحول العصبي (النيورستينيا)[*]. وفي بعض المرضى قد تبلغ الشكوى من الخدّر حدودا شديدة قد تقارب الشعور بالعطل والشلل ، ومثل هـذه الحالات يصعب تفريقها عن الاعراض المرضية والجسمية التي تكثر في مرض الهستيريا . ولما كان الجهاز العصبي ووظائفه هو أدق الاجهزة الجسمية ، فان المرضى الاكثر تمتعا بالثقافة العامة والثقافة الطبية تأتي اعراضهم وهي اكثر دقة وتعقيدا وخاصة في مجال وظائف الجهاز المصبي العقلية منها او النفسية . وهذه الحقيقة تجعل من الصعب احيانا الوصول الى تشخيص نهائي فيها.ولعل اكثر هذه الاعراض اثارة للتعدد في وسائل التشخيص ونتائجه هو عارض الصداع ، وهو من اكثر الاعراض السايكوسوماتية وقوعا بين المرضى ان لم يكن اكثرها على الاطلاق . وهنالك ما يدل على ان وقوع هذا العارض امّا بشكل مستقل او كجزء من اعراض اخرى ، هو بتزايد مستمر .

وقد تكون هنالك علاقة بين هذه الزيادة وبين ارتفاع مستوى الثقافة وانتشارها من ناحية ، وبينها وبين ازدياد القلق في عصرنا الحالي ، بما في ذلك من امكانية الحصر والتوتر ، وكلاهما يؤديان الى اختلال الدورة الدموية في شرايين الدماغ والى الانقباضات العضلية في الرأس وهذه تؤدي بدورها الى عارض الصداع .

اضطرابات الجهاز التناسلي والبولي

بسبب العلاقة الوثيقة بين ادوار النمو الجنسي من ناحية وبين ادوار نمو الشخصية من ناحية اخرى ، وبسبب اهمية الحياة الجنسية في تكامل الكيان النفسي للفرد ، فان من البديهي ان تكثر اعراض الاضطراب في هذا الجهاز في مجالات متعددة، وهي تختلف في بعض هذه المجالات عند كل من الذكر والانثى . وقد اوردنا بشيء من التفصيل نواحي العلاقة بين الحياة النفسية للفرد وبين الاضطرابات والانحرافات الجنسية للرجل والمرأة في الفصل الخاص بذلك في مكان آخر من هذا الكتاب. ويمكن الاضافة الى ذلك الاضطرابات الجنسية والتناسلية التالية في المرأة : —

— ١ اضطرابات العادة (الحيض)

من اكثر ما يلاحظ في حياة الانثى منذ بلوغها وحتي سن اليأس ، مبلغ التوازن القائم بين انفعالاتها العاطفية من ناحية وبين انتظام وفيض حيضها الشهري . اذ كلما اضطرب الكيان العاطفي لسبب من الاسباب ، اضطرب معه الحيض بالتقديم او التأخير او التكرر او التوقف ، او الشدة او القلة في الفيض . ويصاحب هذه الاضطرابات الحيضية عادة او يسبقها بعض الاعراض المرضية في المجال النفسي والجسمي ، تتصف عادة بالكآبة والتوتر والحصر وسرعة الانفعال، كما تشكو المريضة من بعض الاعراض الجسمية كالصداع والتشنجات العضلية والآلام العامة في المفاصل والاطراف « التوتر السابق للحيض » «Premenstrual Tension» .

ومن الحالات الكثيرة الوقوع توقف العادة كليا «Amenorrhea» وهذه الح
تحدث في مرض الكآبة بشكل خاص . ويكون في رجوعها اهم دليل على قر
زوال الكآبة . ويفسر بعض علماء النفس ان في توقف العادة « دفاعا نفسي
عن الاستسلام الى الرغبة الجنسية ، وفي بعض الاناث قد يكون رمزا الى الر
في الحمل .

٢ — العقم

من الواضح ان القدرة على الحمل في المرأة تعتمد في الاساس على توفر عم
انماء واصدار البويضة من المبيض الى الرحم . وهذه العملية تعتمد في الاساس
العمليات الهرمونية اللازمة . وهنالك ما يثبت بان هذه العمليات تتأثر بالعمل
العقلية في المراكز العصبية العليا في الدماغ ، وان من الممكن للانفعالات العاط
مثل القلق او الخوف ان تؤثر في هذه المراكز العصبية وبالتالي في الافراز
الهرمونية التي تؤثر في النهاية في عملية البيض في المبيض . لهذا السبب فان
الضروري القيام ببحث نفسي كاف في كل حالة من حالات العقم سواء امتنع ف
الحمل بشكل كلي ، او تكرر فيها الاجهاض التلقائي .

اما اضطرابات الجهاز البولي فهي تنحصر في تكرر البول او في انحباسه ، و
الحالتين يمكن ان يكون الاضطراب النفسي هو السبب الوحيد لها . ويم
اعتبار تكرر التبول وخاصة في الليل من اكثر اعراض القلق ورودا . امـ
انحباس البول فيكثر في حالات الكآبة وحالات الهستيريا ، وفي حالات الف
من الخلوة ، كما يرد احيانا في مرض القلق .

الامراض الجلدية

لقد ادرك الاطبـــاء منذ قرون مدى تأثر الجلد بالاضطرابات العاطفي
وهنالك اليوم ادراك اوسع للعلاقة الوثيقة بين الحياة النفسية للفرد وبين التغير
المرضية الجلدية . وهنالك بعض الاخصائيين بالامراض الجلدية ممن يؤكدو

وجود علاقه بين العوامل العاطفية والامراض الجلدية فيما لا يقل عن ٧٥٪ من مجموع مرضاهم . وهذا امر متوقع بالنظر الى غزارة تغذية الجلد بالجهاز العصبي العاطفي وبسبب تأثير الجهاز الهرموني عليه ، وكلاهما يخضعان بصورة مباشرة او غير مباشرة للانفعالات العاطفية . والامراض الجلدية التي يظهر فيهـا تأثير العوامل النفسية بشكل واضح هي مرض الحكاك Pruritis ، وحب الشباب «Acne» ، والتهـابات الجلد العصبية Neurodermatitis ، بانواعها المختلفة ، وغيرها من الامراض الجلدية التي تؤثر العوامل النفسية في شدتها وتطورها كما هو الحال في مرض الاكزيما ومرض الصدف Psoriasis ، ويضاف الى هذه الامراض تلك الحالات الجلدية التي يلجأ فيها المريض الى احداث اضرار في مواضيـع معينة من جلده كتعبير عن صراعاته النفسية ، وكثيرا ما يقوم المريض باحداث هذه الاضرار في حالة هستيرية من النسيان «Dermatitis Artifecta» .

العِلاجُ النَفسيّ

« تأمل حال المريض الذي يتوهم انه قد صح ، والصحيح الذي توهم انه مرض ، فان كثيراً ما يعرض من ذلك ان يكون اذا تأكدته الصورة في نفسه وفي وهمه ، انفعل فيه عنصره (اي جسمه) ، فكان الصحة او المرض ، ويكون ذلك ابلغ مهما يفعله الطبيب بالآت ووسائط.»

من كتاب الشفاء لابن سينا

مقدمة

العلاج النفسي قديما

العلاج النفسي عند العرب

العلاج النفسي الحديث – (مسمر ، والمغناطيسية الحيوانية) .

اساليب العلاج النفسي
أهداف المعالجة النفسية
خصائص المعالج النفسي
خصائص المريض الصالح للعلاج النفسي
فائدة العلاج النفسي

طرق العلاج والتحليل النفسي

(١) المعالجة التحليلية (فرويد، يونج ، أدلر ، ستكل، فرنزي ، رانك ، هورني ، سلفان، فروم، التحليل الوجودي، العلاج السايكوبايولوجي ، العلاج الكلي ، علاج التطبع والتكييف ، علاج الفهي المتبادل .)

(٢) العلاج بالايحاء والتنويم

(٣) العلاج بالتنويم العقاقيري

(٤) العلاج بـ ل س د

(٥) علاج الاسترخاء

(٦) علاج التكييف

(٧) العلاج النفسي الجماعي

(٨) العلاج العملي .

العِلاجُ النَفسيّ

مقدمـــة

لما كانت التسمية بالامراض النفسية تفترض اصابة الكيان النفسي بالمرض ، ولما كانت التسمية تفترض ان طبيعة هذه الاصابة هي طبيعة نفسية لا عضوية . فان من البديهي ان نفترض ان العلاج الفعال والصحيح لهذه الامراض يجب ان يأتي عن طريق الوسائل النفسية في العلاج ، وان تستهدف هذه الوسائل التأثير على « نفسية » المريض بصورة مباشرة .

ان الاصطلاح « العلاج النفسي » يعني علاج الاضطراب او المرض النفسي بالطريقة النفسية . وهنالك : كما سبق وبينـــا في اسباب الامراض النفسية ، نظريات مختلفة عن طبيعة واهمية التجارب والعوامل النفسية في ترسيب الامراض النفسية ، كما ان هنالك طرقا واساليب متعددة في العلاج النفسي . وهنالك تفاوت في تقدير قيمة النظريات والاساليب العلاجيـــة النفسية المختلفة . ومهما اختلفت هذه النظريات وهذه الاساليب ، ومهما اختلف الباحثون في تقييمها من الناحية العلاجية الفعلية ، فمما لا شك فيه ان العلاج النفسي يكون جزءاً هاما واساسيا في علاج الامراض عامة من جسمية او نفسية . وسواء اعطي للعلاج النفسي الصفة النفسية ، او اغفلت هذه الصفة ، فان تحليل العلاقة التي تربط الطبيب والمريض لا تخلو من الصفة النفسية ، هذه الصفة التي تفرض نوعا من الأثر الايجابي او السلبي على مصير المريض والمرض . ولا يشترط في احداث هذا الأثر اللجوء الى اي من الوسائل العلاجيه النفسية المعروفة . وفي الكثير من الحالات يمكن ادراك الاثر العلاجي ، من سلبي او ايجابي بدون معرفة الطبيب او المريض بالطبيعة النفسية للمرض ، وبدون ادراك لطبيعة الوسيلة العلاجية المستعملة ولآثارها في النفس .

*

العلاج النفسي قديما

العلاج النفسي بوسائله المختلفة ، قديم التطبيق في علاج الامراض . ولعله كان الوسيلة الوحيدة في علاج معظم الامراض من جسمية ونفسية وعقلية منذ ان عرف الانسان المرض وسعى الى الخلاص منه . ومن دراستنا لعادات وطبائع الاجناس والقبائل البدائية التي ما زالت اصنافها تعيش في بقاع عديدة من العالم ، نستدل ان الانسان القديم قد مارس وسائل العلاج النفسي في علاج الامراض بشكل عام، الجسمية منها والنفسية . والواقع ان الانسان القديم كالانسان البدائي المعاصر ، لم يفرق بين اسباب الامراض الجسمية منهــا وغير الجسمية ، كما لم يفرق في اساليب علاجها فقد رد الانسان القديم الامراض عامة الى اسباب خارقة غامضة ، وعزاها الى قوى لها القدرة على التسلط عليه والحكم في امره والحاق الأذى به . وكان لا بد لدفع هذا الأذى من اللجوء الى استعطاف القوى المتسلطة بكل وسيلة ممكنة ، او استثارة قوة اخرى اعظم منها . وهذا المفهوم القديم للمرض قد قرر اتجاه العلاج واسلوبه وخصائص القائمين بتطبيقه . وكان من الطبيعي ان ينتج عن هذا المفهوم وجود « الطبيب الساحر » . ويمكن النظر اليه في بعض صفاته بانه الطبيب النفساني الاول في تأريخ الطب النفسي . ومما لا شك فيه ، ان الطقوس السحرية التي كان يقوم بها الطبيب الساحر في الماضي ، وامثاله في العصر الحاضر ، قد أدت في الكثير من الحالات الى نتائج ايجابية بشفاء المريض عن طريق التأثير « النفسي » لاسلوب العلاج . غير ان من الواضح ايضا ان اسلوب العلاج لم يكن مبنيا على تفهم الاسباب النفسية في المرض ولا على استجابة هذه الاسباب للعلاج المناسب لها . والواقع ايضا ، ان المريض نفسه لم يكن هدفا للعلاج ، وانما الهدف هو « الروح » التي تملكت جسم المريض . وعلى ذلك فان المريض نفسه لم يكن طرفا في اسلوب العلاج وانمـا مجرد موطن . والكثير من وسائل العلاج النفسانية التي تطورت من اساليب الطبيب الساحر ، من طقوس ، ومراسيم وقراءات ، وتعزيم ، وحروز ، وتمائم ، ونذور . وغيرها من الاساليب ، تهدف بالواقع الى التأثير على الحالة المرضية للمريض بفعل تأثيرها على « الروح »

التي يفترض المعالجون وجودها ، كما افترض الطبيب الساحر والانسان القديم وجودها في كيان المريض. وسواء اتفقنا او لم نتفق مع هذه الاساليب العلاجية، فمما لا شك فيه انها افادت في شفاء بعض المرضى في الماضي ، كما افـادت في شفاء غيرهم في الحاضر . وقد نجمت هذه الفائدة عن التأثير « الايحائي » لاسلوب العلاج . والايحاء هو احد الوسائل الهامة في تسبيب بعض الامراض النفسية وفي علاجها وخاصة في مرض الهستيريا .

*

العلاج النفسي عند العرب

لقد لجـأ العرب القدامى ، كغيرهم الى الاساليب النفسية في العلاج . وكانت بعض هذه الاساليب مطابقة للمفهوم القديم عن « الارواح » واثرها في تسبيب الامراض . غير ان بعض الطرق العلاجيـــة قد بنيت على فهم صحيح لطبيعة الامراض النفسية . وقد كان في مقدمة الذين تطرقوا الى الامور النفسانيــة في الطب هو ابن سينا . ومن مراجعة الفصول المختلفـــة لموسوعة « القانون » في الطب ، تظهر اشارات كثيرة ، مباشرة او غير مباشرة ، تدل على مبلغ ادراك ابن سينا للعوامل النفسانية في تكوين الامراض وفي علاجها . وفيما يلي مثل من امثلة كثيرة على عبقريته العلاجية في الامراض النفسية : —

« فقد روي النظامي العروضي ، أنه عرض على ابن سينا . ابن اخت شمس المعالي قابوس ... وقد اعيا الاطباء أمره . فلما رآه ابن سينا وخاطبه في شأن مرضه ، تبين له أن مرضه هو الحب (واعراض هذا المرض شبيه باعراض مرض الكآبة) . ولما عرف ابن سينا ان شفاء المريض متوقف على معرفة من يحب ، وازالة ما عنده من وجدانيات وعواطف كامنة مرتبطة بها فأخذ على نفسه ان يعرف اسمها بأية وسيلة . فامر بأحضار اكبر سكان المدينة سنا ، فلما حضر قال له : « أتعرف شوارع هذه المدينـــة وسكانها ؟ ! » قال المسن ! « نعم » . فأمره ابن سينا ان يذكر اسماء الشوارع شارعاً فشارعاً وهو قابض على يد المريض ليتحقق من مقـــدار سرعة نبضه . فلما ذكر اسم أحد الشوارع أسرع نبض المريض : فامر الرجل أن يذكر اسماء الشوارع المتفرعة من هذا الشارع : فلما اتى الى اسم احدها ازدادت سرعة النبض ثانية . فامر رجلا آخر ان يقص عليه اسماء البيوت الواقعة في هذا الشارع الصغير ، فلاحظ ابن سينا زيادة نبض المريض عند ذكر

احد البيوت : وعندها طلب من رجل ثالث ان يخبره بسكان هذا البيت من الفتيات : فلما اتى الى اسم فتاة اسرع النبض في يد المريض. وبهذه الطريقة عرف ابن سينا سر المرضى : واوصى بزواج الشاب ، فبرىء من مرضه : وعاد الى حالته الطبيعية . » .

ومن الواضح من هذه هذه الرواية ، ان ابن سينا استعمل طريقة من طرق التحليل النفسي للوصول الى سبب الانفعال الوجداني وما اتصل به من عاطفة كامنة . كما انه استعمل الطريقة ذاتها كوسيلة علاجية . وبهذا تكون طريقة قريبة تمـــام القرب الى الطريقة الحديثة في العلاج والتحليل النفساني . كما ان ابن سينا سعى بطريقته الى اثارة انفعالات جسمية ، واستدل منهـــا على وجود ارتباط سببي بين التغيرات الجسمية (تسارع النبض) ، وبـين ورود العامل المسبب لها . وبهذا يكون ابن سينا ، على بعد زمنه عن العصر النفسي المعاصر ، قد ادرك عدة مبادىء وقواعد اساسية في عـــلم النفس في النواحي الدينامية ، والتشخيصية والتحليلية والعلاجية .

وفيما يلي مثل آخر على مدى تقدم فكرة وتطبيق العلاج النفسي عند العرب. والمثل يروى عن الرازي : —

فقد ذكر ان منصور بن نصر الساماني اصيب بمرض شديد تمكن من نفسه وطال عليه الامد وصار مزمنا وعجز الأطباء عن علاجه ، فأرسل الأمير في طلب محمد بن زكريا الطبيب المشهور ليعالجه . فحضر الرازي الى بخارى عاصمة الدولة السامانية ، وقابل الامير : وشرع في علاجه ، ولكنه لم يفلح بعد ان جرب معه ادوية مادية.فجاء يوما الى الامير وقال :« ايها الامير ، ساحاول غداً علاجك بطريقة اخرى ، ولكن هــذا يستدعي ان تضحي الحصان الفلاني من خيلك ، وبالبغل الفلاني .» . وكان الحصان والبغل معروفين بشدة السرعة في العدو . ولما كان الغد ، أخذ الرازي الأمير وذهب معه الى حمام خارج القصر ، واعد الحصان والبغل للركوب اعداداً تاماً ، وتركها في حراسة خادمه عند باب الحمام ، وامر أن لا يدخل الحمام أحد من خدم الامير أو حشمه أو غيرهم ، ثم أخذ الامير وأجلسه في فناء الحمام ، واعطاه من شراب ، وصب عليه ماء فاترا ، وتركه حتى تتحرك الأخلاط التي بمفاصله ، ثم خرج ولبس ملابسه كاملة ، واتى الى الامير وفي يده سكين : ووقف أمامه ، وأخذ يسبه ويلعنه : ويكيل له السباب والشتائم كيلا ، ثم قال له : « لقد ارسلت الي خدمك وحشمك لارغامي على الحضور لمعالجتك ، فشدوا وثاقي ، وهددوني بالقتل ان لم احضر معهم . لست ابن زكريا ان لم اعاقبك على هذه الاعمال . » عند ذلك ثار الامير ثورة عنيفة ، وبدت آثار الغضب عليه ، ونهض من مكانه ، وجلس على ركبتيه،

فسحب الرازي السكين واقترب من الامير ، وزاد في تهديده ووعيده ، فأشتد غضب الامير ، وأخذ منه كل مأخذ . فنهض ووقف على قدميه ، وما حركه بعـــد عجزه التام عن الحركة الا غضبه من الرازي وخوفه على حياته هو . فما كان من الرازي حين رأى الامـــير قد نهض على قدميه الا ان ولى هاربا ، وانطلق يجري نحو باب الحمام ، فخرج ، وركب الحصان ، وامر خادمه ان يركب البغل ، وانطلقا مسرعين جادين في السير لا يلويان على شيء : حتى وصلوا مرو : ومن هناك ارسل الرازي خطابا الى الامير يقول فيه : « اطال الله بقاء الامير وأدامه معافى البدن : نافذ الامر . ان خادمكم المخلص قد شرع في علاجكم : وبذل في سبيل ذلك قصارى جهده ، فرأى ان العلاج الطبيعي (أي بالادوية والعقاقير) ، يطول أمده لقلة الحرارة الغريزية وضعف الجسم ضعفاً عاماً ، فعدلت عن ذلك : ولجأت للعلاج النفساني . فحملتك الى الحمام : واعطيتك الجرعـــة وتركتك حتى تنضج الاخلاط في المفاصل ، ثم اغضبتك بما فعات لكي تمد الحرارة الغريزية بمدد جديد تقوى معه على تحليل الاخلاط . وليس من الحكمة بعد أن حصل ما حصل ان يكون بيني وبين الأمير صلة » .

كتب الرازي هذا الكتاب وارسله مع خادمه ، ولم يدر ان الامير بريء من مرضه بسبب علاجه الآنف الذكر . » . وفي هذا المثل دلالة واضحة على تطبيق العلاج النفساني في الامراض حتى الجسمية منها . وفيه دلالة على ادراك الرازي لتأثير الانفعالات النفسية على الجسم . كما ان المثل يحمل في وقائعه المبادىء الاساسية التي يقوم عليها الطب النفسي الجسمي (الطب السايكوسوماتي) في العصر الحالي . وآراء الرازي لا تختلف في هذا الامر عن نظريات العالم المعاصر الشهير هانس سيلي فيما يتعلق بحالة التكيف « Adaptation Syndrome » . كما ان ملاحظات الرازي عن الانفعالات الفسيولوجية العاطفية تسبق بالف سنة ملاحظات العالم الفسيولوجي « كانن » وامثاله عن فسيولوجية العواطف .

ومن اساليب الرازي العلاجية النفسية : لجوءه الى الايحاء النفسي كطريقة علاجية . ويتضح ذلك من قوله : «ينبغي للطبيب ان يوهم المريض ابدا بالصحة ، ويرجيه بها . وان كان غير واثق بذلك . فمزاج الجسم تابع لاخلاق النفس » . وقد قصد الرازي بكلمة « يوهم » . مـــا يقصد بكلمة الايحاء النفسي في المفهوم المعاصر لعلم النفس . امـــا لفظة « المزاج » فيستعمل هنا للدلالة على ما يساوي « التفاعلات الكيماوية الحياتية » في العصر الحالي . اما كلمة « اخلاق » : فالمقصود

بها العواطف والانفعالات النفسية .

وفي الطب العربي القديم امثلة اخرى تؤيد الاستنتاج بان بعض الاطباء العرب قد ادركوا المعالم الاساسية التي نعرفها اليوم عن الطب والعلاج النفساني .

★

العلاج النفسي الحديث «المسمرية»

ان من الصعب تعيين تأريخ لابتداء العلاج النفسي في العصور الحديثة . ومع ان موضوع العلاج النفسي يرتبط عادة باسم فرويد ، الا ان التوجه الفكري نحو هذا الموضوع قد بدأ قبل ذلك بزمن طويل . ويعتبر « مسمر Mesmer » اول من تقدم بطريقة نفسية العلاج . وقد اظهر في هذه الطريقة ما « للتنويم » من فائدة شفائية . وقد ظن مسمر خطأ بان الأثر الشفائي يأتي عن ما سماه « بالمغناطيسية الحيوانية Animal Magnetism . وقد اطلق على طريقة مسمر في العلاج بـ « المسمرية Mesmerism » .

« ولد الدكتور فرانز مسمر في النمسا (١٧٣٣ – ١٨١٥) . وفي صباه دخل مسلك الرهبنة، ثم تركه ، ودرس الحقوق وتخلى عن دراستها ، واخيرا درس الطب ونال الشهادة على اطروحة بعنوان «اثر الكواكب على جسم الانسان » . وتضمنت الاطروحة آراءه عما سماه « بالمغناطيسية الحيوانية » . ومنها رأيه بوجود مؤثرات بين الاجرام السماوية والارض والكائنات الحية ، وان سائلا عام الانتشار في الكون هو الوسيلة لحمل هذه المؤثرات . وكان مسمر يعتقد بان هذا السائل ينتشر في الاجسام ، ومنها جسم الانسان ، برقة . وان المحرك له يتم عن بعد ، وبدون وسيط . وله بذلك صفات المغناطيسية فيمكن تجميعه وتركيزه ونقله . وبنـاء على هذه النظرية ، فقد كان مسمر يعتقد ان بالامكان شفاء الامراض العصبية مباشرة ، وشفاء غيرها من الامراض بشكل غيز مباشر .

وقد مارس مسمر آراءه بطريقة عمليـة ، وادرك نجاحا منقطع النظير ،

وشهرة طافت الامصار . وقد دفعه هذا النجاح الى التباهي بالقول ان بامكانه ان يؤثر مغنطيسيا حتى في الورق ورغيف الخبز ، او في شجرة او حتى في الشمس نفسها . كما جلب له نجاحه في علاج بعض الحالات التي استعصت على الاطباء في زمنه ، غيرة بعض الاطباء وحسد الآخرين وحفيظتهم . وفي الوقت الذي كان يتهيأ فيه مسمر لعلاج فتاة عمياء من اسرة عريقة ، بعد ان اعلن الاطباء المختصون بعدم الامل في شفائها ، اصدرت جمعية الاطباء في فينا قرارا بمقاطعته . واضطر بسبب ذلك الى مغادرة فينا والاقامة في باريس حيث مارس عمله في عيادة اقامها في فندق . وقد زين مسمر عيادته بالوان زاهية ، وكسي جدرانها بالمرايا . وشاعت في اركانها انغام الموسيقى الهادئة وفي هذا الجو المهيأ للتأثير والايحاء ، عالج مسمر مرضاه ، وهو يلبس عباءة ليلكية اللون من الحرير ، وفي يده صولجان ابيض . وبسبب تهالك المرضى وتهافتهم على عيادته ، فقد وجد نفسه مضطرا لاقامة مراسيم علاجية بشكل جماعي ، ولعله ايضا ادرك ما لهذا العلاج الجماعي من تأثير ايحائي على المريض. وقد وصف احدهم جو المعالجة وطريقتها بالوصف التالي : —

« كان العلاج يجري في قاعة واسعة، معتمة قليلا بستائر النوافذ المسدلة . وفي وسط القاعة قام حوض واسع كحوض الحمام ارتفعت جدرانه بمقدار قدم واحد . وكان محيط الحمام يكفي لوقوف ثلاثين مريضاً على جوانبه . وقد نثرت في الحوض برادة حديد ومسحوق الزجاج : كما وضعت القناني ورتبت بشكل متناسق ، وملىء الحوض بالماء وغطي بلوحات خشبية ، وترك في الغطاء الخشبي فتحتان : ظهرت منها قضبان حديدية . وكان المريض يمسك بالقضيب الحديدي ويلمس به الجزء المصاب من جسمه . وبهذه الواسطة كان يتأثر بالقوة العلاجية المغناطيسية ، حسب تفسير مسمر : وكان الصمت يسود القاعة العلاجية ، امعاناً في التأثير على المريض بتقبل العلاج . أما مسمر نفسه،فكان يطوف بين المرضى وهو يرتدي بردته الحريرية البراقة . ويرميهم الواحد بعد الآخر بنظراته النافذه . ويمر بيده على اجسامهم ، او يلمسهم بين الفينة والاخرى بعصاه الحديدية البيضاء . » .

وبهذه الطريقة العلاجية ، التي يصعب الآن التأكد فيما اذا كان مسمر قد ادعى بها للتدجيل والشعوذة ، او انه آمن بها بالفعل بقناعته العلمية ، فمما لا شك فيه ان الطريقة قد اصابت حظا وافرا من الفائدة العلاجية في الأمراض

النفسية، ومما لا شك فيه ايضا ، ان مسمر قد ادرك نجاحه العلاجي بالنظر لقوة شخصيته وقابليته العظيمة على الايحاء والتي استطاع بها السيطرة على مرضاه ، ومعظمهم قد تهيأوا مسبقا بالاستعداد النفسي لتقبل الايحاء . وهذه القوة الايحائية في الطبيب المعالج ، او من يماثله،والتهيؤ لتقبلها من المريض ، هما عاملان اساسيان في العلاج النفساني كما يمارس اليوم .

على ان الشهرة التي ظفر بها مسمر في باريس ، قد اغاظت زملاءه من قبل في فينا ، فدفعهم ذلك الى التشكيك بالاساس العلمي لطريقته « المغناطيسية » ، ونجحوا بالتالي الى حمل الحكومة الفرنسية على تأليف لجنة خاصة لتحري ودراسة وسائله العلاجية . وقد جاء في تقرير اللجنة :

« ... ان التجارب القاطعة التي قامت بها اللجنة قد دلت بأن التوهم وليس المغناطيسية قد احدثت التأثير العلاجي : بينما المغناطيسية بدون وهم لم تحدث شيئاً ... واللجنة توصلت الى نتيجة جماعية بأن ليس هنالك وجود لما يسمى بالسائل المغناطيسي الحيواني . وان هذا السائل ما دام غير موجود فهو عديم الفائدة وأن التأثير الشديد الذي لوحظ في المرضى جاء بسبب الاتصال ، وبسبب اثارة الخيال ، وبسبب التقليد الميكانيكي الذي يجبرنا على ان نردد او نعيد ذلك الذي يقع على احاسيسنا .» .

وفي نفس الوقت تقريباً، اصدرت جمعية الاطباء الملكية في لندن تقريراً مماثلاً جاء فيه : « من ناحيته علاجية ، فان المغناطيس الحيواني ، ما هو الا فن ايقاع الحساسين من المرضى في حالات تشنجية .. » . وبهذه البيانات من السلطات الطبية في كل من فرنسا وانجلترا في ذلك العهد انتهى مجد مسمر . وبعد ذلك بوقت قصير غادر فرنسا .

★

وهنالك اليوم ، وبعد مرور زمن طويل على عهد مسمر ، من يقدر موهبته العلاجية . ومن يرى بأن طريقته العلاجية وان لم تستند على اساس علمي مقبول، الا انها لا تختلف كثيراً عن الوسيلة الفعلية التي تتم بواسطتها بعض وسائل العلاج النفسي الحديث ، وخاصة تلك الوسائل العلاجية التي تعتمد على عامل الايحاء .

لقد ارتبطت عملية التنويم (المغناطيس) ارتباطا وثيقاً باسم مسمر ، وقد ظن الكثيرون أن هذه العملية مساوية تماماً للطريقة المسمرية في العلاج. وبسبب هذا الارتباط اطلق على عملية التنويم – التنويم المغناطيسي . والواقع ان عملية التنويم قد عرفت منذ أقدم العصور ، وقد عزيت نتائجها الى فعل الارواح والقوى الخارقة، والواقع أيضاً ان مسمر نفسه لم يعرف التنويم ولم يمارسه : وان حالات الانفصال وتغير الوعي التي كان يصاب بها المرضى اثناء تطبيقه للعلاج كانت تأتي بشكل تلقائي. وليس بسبب أي توجيه ايحائي مباشر منه ، كما هو الحال في عملية التنويم .

★

التنويم

لقد أعطي جيمس بريد. اسم التنويم Hyqnosis لعملية التنويم عام ١٨٤١، مع أنه سبق في استعمال الطريقة وفي وصفها. ومنذ اعطاء التسمية قام الكثيرون باللجوء الى فن التنويم لاغراض علاجية وتشخيصية ومسرحية . على ان استعمالها في الاوساط الطبية ظل محدوداً لا ينال الا القليل من التشجيع، بسبب ما اتصل باسم التنويم المغناطيسي من صفة سحرية ، وبسبب عدم التوصل الى تفسير علمي لمظاهر عملية التنويم . وفي السنوات الاخيرة أجازت الهيئات الطبية المختصة في بريطانيا أمكانية استعمال التنويم للاغراض الطبية ، وأيدت فائدة التنويم في تشخيص وعلاج بعض الحالات المرضية. على ان الاساس العلمي للتنويم من الناحية الفيزيولوجية العصيبه ما زال بعيداً عن التقرير القاطع ، وكل ما نعلمه أن عملية التنويم تم عن طريق الايحاء المباشر، يقوم به الشخص الذي يوحي على الشخص الذي يوحى اليه ويكون هذا الاخير قابلاً للتأثر بالايحاء وفي ظروف ملائمة لعملية الايحاء . ونتيجة هذا التأثير الايحائي تحدث في الشخص حالة من تصدع الوعي تشبه حالة « البحران Trance » . وفي هذه الحالة ينحصر انتباه الشخص الخاضع للتنويم بالشخص الذي نوّمه ، ويطيع اوامره طاعة سلبية الا في الامور التي تناقض مثله وضميره . ويمكن بواسطة عملية التنويم احداث حالات من النسيان ، والتذكر ، والشلل الحركي ، وفقدان الاحاسيس : والنكوص أو

الرجوع الى مظاهر سلوكية وعاطفية وفكرية اتصف بها الفرد في سنوات سابقة من حياته وطفولته .

*

العلاج النفسي[1]

بالنسبة للكثيرين من الناس يقترن العلاج النفسي باسم فرويد ، كما يتحدد العلاج النفسي بعمليات التحليل النفسي التي جاء بها فرويد وأتباعه . ومع انه لا ينكر ان فرويد كان ومـا يزال على رأس المعالم الأولى لعلم النفس الحديث في الناحيتين النظرية والتطبيقية من تحليل وعلاج ، الا انه لا بد من الاشارة الى أن فرويد قد سُبق في عصره وقبل ذلك في بعض تعاليمه وطرقه النفسية : ويذكر من معاصريه من هذا الشأن شاركو ، وبرنهايم ، وجانيت، وبلولر ، وكربلاين وغيرهم. وقد استعان فرويد بالكثير من آرائهم واعتمد من بعضها أساساً لابحاثه. غير ان فرويد يظل مع ذلك الرائد الاول لعلم النفس الحديث وطرق التحليل والعلاج النفسي الحديث .

اما تحديد العلاج النفسي بطريقة فرويد بالتحليل النفسي Psychoanalysis. وما ينتج عنها في العلاج النفسي Psychotherapy . فهذا تحديد خاطىء . ذلك أن هنالك وسائل اخرى في التحليل النفسي غير وسيلة فرويد ، كما ان هنالك وسائل علوجية متعددة غير وسيلة التحليل النفسي والعلاج المنبثق عنها. وقبل ان نتناول بالبحث طريقة فرويد والطرق الاخرى المتفرعه عنها او المخالفة لها في العلاج النفسي، نجد من المفيد أن نبحث باختصار في أساليب العلاج النفسي بشكل عام ، وفي أهداف المعالجة النفسية وفي خصائص الذي يقوم بالعلاج النفسي وفي الذي تصلح له المعالجة النفسية ، وبالتالي في تقدير مجرد لوجهات نظر متباينة عن قيمة العلاج النفسي في علاج الامراض النفسية بشكل عام .

*

اساليب العلاج النفسي . يمكن تقسيم أساليب العلاج النفسي الى اسلوبين رئيسيين ، الاسلوب الاول : ويسمى بالاسلوب الكلامي Verbal والاسلوب الثاني ويعرف بالاسلوب الغير كلامي Non - Verbal . وكل واحد من الاسلوبين يشمل طرقاً متعددة . فالاسلوب الاول (الكلامي) ، يعتمد على وسيلة الاتصال الكلامية بين المعالج وبين المريض . واعتماد هذه الطريقة كواسطة لنقل التأثير من الاول للثاني ، كانت وما زالت الطريقة الاكثر استعمالاً في احداث الفائدة العلاجية النفسية . ومع ان الكلام كوسيلة للتأثير على تفكير وعواطف وسلوك الاخرين قد استغل طوال عصور التاريخ الانساني لأغراض مختلفة بما في ذلك الاغراض العلاجية ، الا أن هذه الوسيلة لم تتخذ الا في العصر الحديث الصبغة العلاجية النفسية التي اختصت بها الطرق العلاجية النفسية الحديثة وخاصة التحليلية منها . ومن البديهي أن يتحدد استعمال هذه الوسيلة العلاجية في تلك الحالات التي يمكن فيها اقامة الصلة الكلامية بين الطرفين : المعالج ، والمريض . وهذه الصلة لا تعتمد على نقل الكلام فقط ، بل على محتواه وطريقة نقله وتهيؤ المريض لاستلامه وتقبله . ويمكن اعتبار جميع الطرق التحليلية النفسية العلاجية من هذا النوع .

اما الطرق « الغير كلامية » فهي التي لا تعتمد على الصلة الكلامية المباشرة كوسيلة للتأثير على نفسية المريض ، وهي بذلك تشمل كل وسيلة علاجية نفسية « غير كلامية » ، يؤثر بها المعالج على المريض . والطرق «الغير كلامية» متعددة وتشمل الطقوس والمراسيم العلاجية التي استعملت بكثرة في الماضي وما زالت تستعمل حتى الان في بعض المجتمعات ، كما تشمل الادوية ووسائل الاثارة الحسية ، اذا كانت هذه الادوية والوسائل تفعل أثرها العلاجي عن طريق الايحاء . ومن الوسائل الغير كلامية طرق التطبع الشرطي حسب نظريات بافلوف ، ومنها ايضاً وسائل العلاج النفسي القائمة على اسس تهدف الى تغير الظروف الخاصة او العامة للمريض في البيت والعمل والمجتمع .

واذا كان من الصعب في بعض الاحيان وضع حد فاصل بين الطريقة الكلامية

والطريقة الغير كلامية في الاسلوب العلاجي ، فان من الممكن ايضاً استعمال الطريقتين معاً في آن واحد وبدرجات متفاوتة من التأكيد على الواحد او الآخر.

*

اهداف المعالجة النفسية : الهدف الاساسي للمعالجة النفسية هو ازالة الاضطراب النفسي الذي يعانيه المريض ، او يعانيه المجتمع بسببه . وبعض المعالجين يكتفون بتحقيق هذا الهدف ويوقفون العلاج عند بلوغه ، ومنهم من يرى ان الهدف الصحيح يتعدى حدود الفائدة الشفائية الى ضرورة استقصاء بواطن الحياة النفسية للفرد للوقوع على طبيعة وكنه الصراعات النفسية ، وهم يرون أن في هذا الاستقصاء العميق الامكانية الوحيدة لتحقيق هدف أوسع وأعظم للمعالجة النفسية عن طريق اعادة بناء الحياة النفسية على اسس سليمة تباعد بين الفرد وبين قيام صراعات جديدة مؤذية لكيانه النفسي في المستقبل. ومعظم اصحاب هذا الاتجاه هم من اصحاب المدرسة التحليلية في العلاج وفي ما يلي اهم الاهداف التي يسعى اليها المعالجون بطريقة التحليل .

(١) مساعدة المريض على فهم وادارك ظروفه ومحيطه الخارجي بشكل واقعي ، ومعاونته على الوصول الى تكييف أحسن مع واقع الحياة ، بما في ذلك المقدرة على اقامة علائق بناءة مع الناس في مجتمعه .

(٢) مساعدة المريض على تغيير نظرته الى نفسه ، سواء كانت هذه النظرة استعلائية ، أو نظرة تنبع من الشعور بالنقص . وهذا التغيير يستلزم اقامة توازن نفسي داخلي أصح ، يقوم على اساس من ادراك الصراعات النفسية ومجابهتها وحلها .

(٣) مساعدة على اقامة كيان عاطفي ناضج ، تكون فيه الحياة العاطفية للفرد أكثر ملائمة لحياته النفسية ، وتكون فيه الرغبات العاطفية أكثر امكانية للتحقيق الواقعي ، بما يضمن للفرد القناعة وما يقربه من العلائق الاجتماعية البناءة .

(٤) ومن الاهداف الهامة في العلاج النفسي تمكين الفرد من التنفيس catharsis ، عن العواطف والمشاعر المكبوتة والمحصورة . ويتم هذا التنفيس العاطفي في جو علاجي يسوده التفهم والعطف . وبواسطة هذه العملية يخرج المريض ما امتلأت او ضاقت به نفسه من مصادر القلق والفشل والخوف والأخفـــاق، وفي اخراج بعض ذلك اراحة لنفسه من ضغط داخلي لا يتلائم مع الحياة النفسية السليمة .

خصائص المعالج النفسي : العلاج النفسي بمعناه العام عملية يقوم بها الطبيب المعالج على جميع المستويات بشكل تلقائي ، وهي عمليـة متصلة اتصالاً وثيقاً بطبيعة العمل الطبي وبشخصية الطبيب وباسلوبـــه العلاجي وبسمعته . ومعظم حالات المعاجة الطبية ، ان لم تكن كلها، تتضمن عاملاً من عوامل العلاج النفسي سواء أدرك الطبيب ذلك او لم يدركه ، وسواء سعي اليه كوسيلة علاجية أو لم يسعى . وعلى ذلك فان في العلاج الطبي على انواعه ، لا يمكن وضع حدود فاصلة بين ما هو علاج مادي وعلاج نفسي . ذلك ان الكثير من وسائل العلاج المادي تكتسب الصفات النفسية بالنظر لارتباطها بشكل مباشر بشخصية الطبيب من ناحية وبما يتوقعه المريض من ناحية اخرى .

على أن العلاج النفسي كاسلوب علاجي قائم بنفسه ، قـد تطور في العقود الاخيره واتجه نحو الاختصاص ، مما اقتضي اعداد القائمين بـــه اعداداً خاصاً وطويلاً . وفي مثل هذا الاعداد ، يتوجب على المختص ان يتعرف على النظريات والطرق المتماثلة او المتضاربـة في فروع علم النفس ، والاجتمـاع ، والامراض العقلية ، والتربوية، وغيرها من المواضيع المتصلة. ومن البديهي ان لا يكون كل فرد صالحاً للقيام بعمليةالمعالجة النفسية، سواء أعد لذلك اعداداً كاملاً أو لم يعد. فهنالك الى جانب المعرفة الاكاديمية لطرق العلاج النفسي بعض الخصائص الهامة التي يجب ان تتوفر في المعالج النفسي . واهم هذه الخصائص هي :
(اولا) ضرورة خلو المعالج من المشاكل العاطفية الهامة . واذا وجدت هذه المشاكل في السابق فيجب ان يتحرر منها بعملية التحليل النفسي قبل اقدامه

على معالجة الغير . هذا ويعتبر الكثيرون ان التجارب العاطفية السابقة للمعالج تعطيه خبرة وتأهيلاً تمكنه من التحسس بمشاكل مرضاه، وتمكنه من تقبلها وتقديم العطف اللازم لاصحابها .

(ثانياً) يجب ان يتوفر له الذكاء الكافي ، مع المقدرة على اقامة علائق الثقة والعطف مع المريض .

(ثالثاً) ان تتوفر له صفات الموضوعية في التفكير ، مع الاستقرار العاطفي ، كما يتوفر له المرونة الكافية التي تمكنه من الاحاطة بالعوطف والتجارب المتعددة والمتصارعة في حياة المريض .

خصائص المريض الصالح للمعالجة النفسية : كما ان العلاج النفسي بشكل عام يمكن ان يصرف بدرجة ما ، وبنتيجة لا تخلو من فائدة ، من قبل اي انسان ، فكذلك يمكن القول بأن كل مريض يصلح بدرجة ما للمعالجة النفسية . على أن المرضى يتفاوتون في درجة صلاحهم للعلاج النفسي، كما ان ملائمة المريض أو عدمها ، تختلف تبعاً لطريقة العلاج النفسي التي تستعمل في العلاج . ولعل أكثرها صعوبة في التطبيق هي الطريقة التحليلية ، وهي لذلك تتطلب خصائص معينة من المريض لكي يصلح لتطبيقها عليه . وفيما يلي أهم هذه الخصائص : .

(اولا) ان تتوفر له الدرجة الكافية من الذكاء لكي يستطيع تأمل نفسه وتأمل ظروفه ومحيطه ، مع توفر المقدرة الكافية للتعبير عن هذا التأمل .

(ثانياً) ان يكون في حالة تسمح له باقامة الصلة مع المعالج له . ذلك ان المريض المضطرب نفسياً الى درجة بعيدة ، قد يتعذر الوصول اليه بالوسائل النفسية « الكلامية » التي تعتمد على نقل الرأي ، من تفسير وايضاح ومشورة وايحاء وتطمين وتوجيه ، من المعالج الى المريض . وفي مثل هذه الحالة يقتضي اخضاع المريض اولا الى وسيلة علاجية اخرى من دواء او صدمة كهربائية او تنويم بالعقاقير ، قد تجعله اكثر توجها للمعالجة النفسية الفعلية .

(ثالثاً) ان تتوفر لدي المريض الرغبة في الشفاء من مرضه وان تكون هذه الرغبة واعية ومستمرة . ذلك ان عدم الرغبة في الشفاء تجعل المريض يعرض عن التوجه الذهني الى اقامة الصلة اللازمة مع المعالج، وتجعل مهمة الاخير صعبة ان لم تكن متعذرة .

فائدة العلاج النفسي : هنالك ادعاآت كثيرة عن فائدة العلاج النفسي في علاج الامراض النفسية : ومن الجلي للذي يتتبع مثل هذه الادعاآت، ان من الصعب تقييمها بشكل علمي بالنظر الى ان الاسلوب العلاجي النفسى هو اسلوب غير علمي من الاساس ، كما ان طريقة تقدير الفائدة العلاجية لعلاج نفسي او آخر ، لا تتوفر فيها الاسباب العلمية التي تؤهلها للبحث والمقارنة .

ثم ان من الصعب في الكثير من الحالات المرضية النفسية التقرير فيما اذا كان العلاج النفسي هو السبب في الشفاء . ذلك ان معظم الامراض النفسية هي من النوع الآني السريع الحدوث والقصير الامد ومن طبيعتها الزوال حتى بدون علاج مادي او نفسي . اما الامراض النفسية المزمنة فان من الصعب الجزم فيما اذا كان العلاج النفسي الطويل (والذي قد يستمر عدة سنوات من التحليل والعلاج) هو السبب في الشفاء او ان طول الزمن هو الذي يفقد المرض النفسي جذوته واهميته بالنسبة للمريض .

ان هنالك الكثيرين ممن لا يؤمنون بفائدة العلاج النفسي وخاصة العلاج النفسي التحليلي العميق حسب طريقة فرويد واتباعه ويعتبرون هذا النوع من العلاج مضيعة للوقت والمال وضرباً من الشعوذة . ومهما كانت اوجه الصحة في مثل هذا القول ، فان من المفيد ان تتعرض الى وسائل العلاج النفسي بشيء من التفصيل فيما يلي.

« طرق العلاج والتحليل النفسي »

هنالك وسائل وطرق علاجية مختلفة ، كلها تستهدف تغيير الحياة النفسية

للمريض في اتجاه اكثر صحة وتوازناً وسلامـة نفسية .. ويمكن تصنيف هـذه الطرق الى فئات مختلفة تبعاً للاسلوب او الاداة المستعملة ، وتبعاً للهدف الذي يهدف اليه المعالج . فهنالك تقسيم الاسلوب العلاجي بشكل عـام الى الاسلوب الكلامي والى الاسلوب الغير كلامي . وهنالك الاسلوب التحليـلي والاسلوب الغير تحليلي ، وهنالك الطرق التي تهدف الى البحث عن مصادر الاضطراب في الحياة العاطفية وتغييرها ، (وتشمل هذه الطرق كافة المدارس التحليلية ما عدا مدرسة أدلر) ، والطرق التي تهدف الى تكييف الحياة الفكرية بدلا من تكييف الحياة العاطفية ، (واصحاب هذه الطرق يشملون اصحـاب المدارس والطرق الغير تحليلية) . والفرق بين الطريقتين : العاطفية والعقلية ، ان أصحاب الطريقة الاولى يعتقدون ان اضطراب الحياة العاطفية للفرد هو مصدر اضطراب حياته النفسية ، وانه متى تم تحرير النفس من مصادر الاضطراب العاطفي فان الفكر يتوجه توجهاً سليماً . ولهذا السبب فان المدارس التحليلية تؤكـد على ضرورة استقصاء « الأد ID » ، أما الطريقة الثانيـة فيتجه اصحابهـا الى تغيير نمط التفاعلات النفسية للفرد عن طريق الفكر والثقافة والتعليم والتوجيه والتكييف وبسبب ذلك نجد ان اصحاب هذه الطرق، على عكس اصحاب الطرق التحليلية (العاطفية) ، يؤكدون على البحث في امور الذات (الايجو Ego) . وهنالك الى جانب الاتجاهين في المعالجة ، اتجاه التكيف العاطفي ، واتجـاه التكيف الفكري ، اتجاهات تأخـذ من الاثنين بحدود متفاوتة من التأكيد على الواحد او الاخر .

✶

وفيما يلي عرض مختصر لوسائل المعالجة النفسية المختلفة كما تستعمل اليوم . ويمكن تحديد هذه الوسائل في المواضيع التالية (١) التحليل النفسي (٢) الايحاء والتنويم (٣) العلاج التحليلي بالتنويم العقاقيري (٤) المعالجة بـ ل س د LSD (٥) المعالجة بالاسترخاء (٦) المعالجة بالتكييف (٧) المعالجة النفسية الجماعية (٨) المعالجة العملية Occupational Therapy

فرويد Freud .

من الناحية التاريخية والناحية الفعلية ، يتوجب اعتبار فرويد الرائد الاول لحركة التحليل النفسي ولفن العلاج النفسي الحديث . وقد اقترن اسم فرويد الى جانب ذلك بامور اخرى ، منها « العقل اللاواعي » ، مع ان الواقع يثبت أنه سبق من غيره الى ذلك، الا ان فرويد اعطى لتقسيماته للعقـــل الى واع ، وقبل الواعي ، واللاواعي ، حدوداً ومحتويات لم تكن تعرف من قبل ، كما انه بتقسيمه للكيان العقلي للانسان الى اقسام ثلاثة : الأد ID ، والذات Ego والذات العليا Superego قد اضاف توجهاً آخر عميق الاثر في تفهم شخصية الانسان وسلوكه وانفعالاته. ومع أن فرويد قد جاهد لاكساب نظرياته الصفة العلمية ، الا ان هذه النظريات مـــا زالت ، بالرغم من جميـع المحاولات، ضمن حدود الافتراضات التي تنتظر البرهان العلمي على صحتها .

*

ان النظرية الاساسية التي يستند اليها مذهب التحليل النفسي والعلاج النفسي الناجم عنه ، هي نظرية الدوافع Drives الغريزية وأثر الفشل في ارضائهـــا ، او التوقف في ادوار نموها على مستقبل الحياة النفسية للفرد . وقد افترضت النظرية الاولى لفرويد في هـــذا الشأن وجود الدافع الغريزي الجنسي ، واعطى فرويد الاهمية العظمى لهذا الدافع في تكوين الحيـــاة النفسية للفرد وفي اضطراباتها . وافترض فرويد ان الفرد يمر في نموه الجنسي في ادوار اربعـــة : الشفوي ، والشرجي ، والقضيبي ، والتناسلي . كما افترض ان اثباط أو فشل الطاقة المرتبطة بأي دور من هذه الادوار أو تجميد هذه الطاقـــة في دور واحد منها يؤدي الى آثار ضارة في الحياة النفسية . وكان فرويد يرى ان الدور الاكثر خطراً في هذا النمو هو فترة اوديب Oedipal Period ، وتقع هذه الفترة ضمن الدور الثالث من ادوار النمو الجنسي . ففي هذا الدور يميـــل الفرد بالشهوة الى أحد والديه ، وبصراع الغيرة نحو الثاني . واخيراً فقد افترضت هذه النظرية الجنسية ان حل

الصراع « الاوديبى » بشكل ناجح هو ضرورة لازمة للنمو الطبيعي للفرد في الكبر .

وبالاضافة الى نظريته عن الدوافع الغريزية الجنسية ، جـاء فرويد بنظرية اخرى بعد ذلك بسنوات (١٩٢٠) ، اعترف فيها بوجود قوة دافعة اساسية في حياة الانسان الغريزية الى جانب الدافع الجنسي ، وتسمى هذه القوة « دافع التعدي » او « غريزة الموت » وقد اعتقد فرويد بأن هذا الدافع للتعدي ، كالدافع الجنسي ، يمر بأدوار اربعة مماثلة من النمو ، وان له القابلية على الاستقرار في دور معين او النكوص اليه . وكان فرويد في نظريته الاخيرة يرى ان الدافعين ، الجنسي ، والتعدي ، يلتحمان معاً في السلوك الطبيعي والسلوك الشاذ للفرد .

✶

ومن هذه الاسس النظرية ينبع اسلوب فرويد في التحليل النفسي وفي العلاج. فباكتشافه للاوعي ولأهميته في تكوين شخصية الفرد وحياته النفسية ، فقد اتجه اسلوبه نحو استخراج محتويات اللاوعي بطريقة التنويم في البدايـة ثم بطريقة « التداعي الحر Free Association بعد ذلك ، بما في ذلك تحليل الاحلام وزلات اللسان . وقد كان الهدف العلاجي في البداية يقتصر على اخراج محتويات اللاوعي المكبوته الى مجال الوعي ، وما زال الكثيرون اليوم من اتباع فرويد يكتفون في علاجهم النفسي باظهار التجارب المكبوته ، ويعتبرون هذا الاظهار هو المهمة الاساسية لعملية التحليل النفسي والعلاج النفسي. على ان فرويد كان اكثر مرونة من اتباعه ، فقد وجد ان من الضروري على المعـالج ان يحدث تغيراً مناسباً في « ذات Ego » المريض بحيث يصبح قادراً على مواجهة وتقبل التجارب المكبوته في اللاوعي عند ظهورها . وقد أكد فرويد على أهميـة الطبيب المعالج باعتباره المركز الذي ينقل اليه المريض العواطف والمشاعـــر المكبوتة والمتصلة بأفراد آخرين. وقد رأى فرويد كما رأى بعض اتباعه ان عملية « النقل Transference تعين المريض على التغلب على مقاومة الذات لقبول التجارب المكبوته ، كما أنها تعين « الذات » أيضاً على تصريف الطاقة النفسية المتصلة بهذه التجارب. واخيرا

فان فرويد كان يجد ان مهمة الطبيب تتعدى هـذه الفائدة ، الى فائدة اعظم ، تأتي عن طريق اعطاء المريض البصيرة الكافية ، والخبرة العملية التي اكتسبها أثناء عملية التحليل والعلاج ، مما يمكنه من مواجهة التجارب المكبوتة وامثالها من التجارب العارضة في المستقبل بشكل عملي وبناء ومتوازن ، بحيث لا يتوفر ما يستوجب قيام الصراعات النفسية والضرورة الى كبتها في المستقبل .

★

يونج Jung ·

محور الاختلاف بين فرويد ويونج ، هو أن يونج رفض نظرية فرويد التي ترى بأن الطاقة النفسية « الليبدو : Libido » ، هي جنسية الطبيعة. وكان من رأي يونج أن هذه الطاقة هي جنسية الطبع في بداية تأريخ الجنس البشري ، ثم فقدت هذا الطابع الجنسي خلال عصور تطور الانسان .

لقد اتبع يونج طريقة فرويد في التحليل بتفسير الاحلام والتداعي الحر ، غير ان تأكيده النظري والعلاجي قد اختلف عن فرويد . فقد كان يهدف الى تفسير الهدف والغاية من السلوك لا في اسبابه . وفي الادوار الاولى من عملية التحليل كان يونج يعنى بالمشاكل الخاصة ، وهي المشاكل التي تجد قرارها في « اللاوعي الشخصي » ، ولكنه في الدور الاخير من التحليل كان يهدف الى الوصول الى ما سماه « باللاوعي الجماعي Collective Unconscious » . وهذا الجزء من اللاوعي في اعتقاده يتضمن المعتقدات الجماعية ، والاساطير الخاصة بالجنس الذي ينتمي اليه الفرد . وكان يونج يرى ان العلاج النفسي لا يتيسر الا بمواجهة المريض بعقله اللاواعي الجماعي ، وبهذه المواجهة يستطيع المريض رؤية مشاكله بوضوح أكثر، كما يتيسر له أن يدرك مكانه في حياة الاجيال.

★

ان من الصعب تقدير مكانة يونج في مجال علم النفس العلاجي المعاصر. فهنالك من يسخر من آرائه ومن الميتفزيائية الغامضة التي تلونت بها نظرياته وافكاره ، وهنالك على عكس ذلك من يتحمس لها اشد الحماس . فقد وجد يونج لنفسه انصاراً كثيرين وخاصّة من معتنقي الحركة الوجودية الذين يرون ما كان يراه

يونج من أن مشكلة الانسان هي في ايجاد مكانه الصحيح في العالم. كما أن يونج وجد انصاراً آخرين له في صفوف الكاثوليك الذين تأثروا بدعوته إلى ان الفرد يجب أن يوجه توجيهاً دينياً ، وكان يونج يرى ان مثل هذا التوجه ضرورة لازمة لسلامة الفرد النفسية . هذا وليس لآراء يونج من التأثير المباشر ما لآراء فرويد ونظرياته . غير ان تأكيد يونج على مشاكل الفرد الآنية ، وعلى تكامل شخصيته ، قد اثر في تفكير جماعة هامة في الحركة النفسية امثال رانك ، وفروم ، وهورني ، وبالتالي في موضوع العلاج النفسي بشكل عام .

✶

« **ادلر** Adler»

طريقة ادلر في التحليل النفسي لا تختلف عن طريقة فرويد من حيث الاسلوب : الا انها اكثر ايجازا . على ان طريقة ادلر قد بنيت على اسس تخالف نظريات فرويد مخالفة جذرية ،فجميع الحالات التي كان فرويد يعتقد بانها « جنسية » المنشأ اعتبرها أدلر بأنها نتيجه شعور الفرد بالنقص . كما كان يرى ان الفرد يمكن تحليله وفهمه بناء على حاجاته الحاضره وأهداف حياته ، وليس بناء على ماضيه الطفولي (كما كان يرى فرويد) . كما رأي ان نمو الفرد يتقرّر بطبيعة محيطه الاجتماعي : وليس بسبب القوى البايولوجية . اما اسلوبه في الاستقصاء النفسي ، فقد كان يعتمد الى حد كبير على تحليل الاحلام ، كما انه استعاض عن طريقة استلقاء المريض على اريكة (الطريقة الفرويدية) بالجلوس مواجهة للمريض . وكان يلجأ كثيراً الى مقاطعة المريض وتوجيهه في بعض مواضيع ونقاط البحث النفسي بدلا من تركه مسترسلاً في تداعي حر لافكاره. اما غايته في العلاج فكانت تهدف الى التاكيد على اهمية الصلات بين المريض ومعالجه ، وكان يرى ان بالأمكان الاستفادة من هذه الصلات في اقامة جسر يعبر عن طريقة المريض الى اقامة علائق اخرى ناجحة في مجالات اخرى . ومن جملة ما كان يراه ان اولئك الذين يفشلون في الحياة ، هم اولئك الذين ينقصهم

الاهتمام والحب لغيرهم من بني الانسان : ولهذا فقد كرس نفسه في محاولاته العلاجية الى زيادة وتقوية التحسس الاجتماعي في مرضاه . ومن البديهي أن تجد نظريات ادلر قبولا لدى اولئك الذين ينظرون الى الانسان كجزء من المجتمع ويؤكدون على قيمته الاجتماعية فقط ، والذين يرون ان مشاكل الفرد النفسية تنبع من فرديته ومن عجزه عن الاتصال الاجتماعي .

ستكل Stekel

ومساهمته في العلاج النفسي جاءت في اسلوب العلاج ، اكثر منها في مجال النظريات . وقد توجه في علاجه النفسي الى اعتبار ان الصراعات الآنية للمريض لها من الاهمية ما للصراعات السابقة ؛ وشعر كما شعر أدلر ، بأن اصحاب المدرسة الفرويدية قد اشغلوا انفسهم في الماضي مما ادى الى اهمالهم واغفالهم لحاضر المريض. اما بشأن عملية التحليل النفسي . فقد اعتمد ستكل الى حد بعيد على تحليل الاحلام. وكان يرى ان شخصية المحلل النفسي،وليست طريقته ، هي العامل الاهم من الناحية الشفائية . وقد ركز ستكل كل اهتمامه ليس على الناحية العلمية او النظرية ، كما كان الحال عند فرويد ، بل على شفاء المريض والطريقة التي يستطيع التوصل فيها الى هذا الهدف .

فرنزي Ferenczi

وكان من اعوان فرويد ايضا وقد اختلف معه في الطريقة العلاجية لا في الاسس النظرية للعلاج والتحليل النفسي . وكانت طريقة فرنزي تتصف بمظاهر الحب والتسامح من المحلل للمريض . وكان يعتقد انه بتهيأة جو من الحرارة والود والقبول للمريض فان ذلك يعكس الظروف التي اثارت الصراع النفسي في سابق حياة المريض ويؤدي الى التفريج عنها .

رانك Rank

وهو ايضا من اعوان فرويد الاوائل ، ولكنه اختلف معه . ومن النقاط الجوهرية في الاختلاف ، اعتقاده باهمية « صدمة الولادة » في نمو الفرد بدلا من عقدة اوديبوس . وكان بذلك يقرر ان الام اكثر من الاب اثراً في حياة الفرد ونموه. وقد اتجه اسلوبه العلاجي الى اعطاء المريض الفرصة لاظهار

امكانياته المغمورة ، كما انه اكد على النواحي الاجتماعيـــة في حياة الفرد الطبيعية والمرضية .

✶

هورني Horney

كانت نظرية هورني هي ان المبـــدأ الذي يقرر سلوك الانسان ليس غريزة « الجنس » أو « التعـــدي » كما اعتقـــد فرويد ، بل هي حاجة الانسان الى الامن والاطمئنان. فمنذ الطفولة ، اذا اضطربت علاقة الطفل بوالديه ، فان الطفل ينمو وهو يشعر بأن العالم هو مكان خطر وايذاء له . وهذا الشعور هو مايسميه هورني « بالقلق الاساسي » . وبسبب هذا الشعور المرضي، فان الفرد يصبح مريضاً نفسياً ، ويلجأ الى طرق عدّة لحماية نفسه من وطـــأة القلق . وتصبح هذه الطرق في حدّ ذاتها حاجات نفسية مرضية، وتخلف في ذهن المريض صورة مثالية له عن نفسه . هذا من الناحية النظرية ، اما من الناحيــة العلاجية النفسية ، فقد هدف هورني الى مساعدة المريض على محـــاربة الصورة المثـــالية والغير واقعية، التي يحملها المريض عن نفسه ، بما لها من حاجات نفسية مرضية ، وان يعاونه في ان يرى نفسه على حالها الاصلي ، وان يستبدل حاجاته النفسية المرضية ، بدوافع اخرى سليمة وواقعية .

سلفان Sullivan

وقد جاء بنظرية تقول ان هنالك غايتان لاهداف السلوك الانساني : الغاية الاولى هي الامن ، والثـــانية هي القناعة . وقد عنى « بالامن » تجنب القلق والحصول على شعور الراحة . وقصد « بالقناعة » ارضاء الحاجات البايولوجية. وتحقيق هذين الهدفين الاساسيين يعتمد في نظره على مقـدرة الفرد المتزايدة اثناء اطوار نموه على تفهم وتداول الرموز في محيطه الاجتماعي . وكان سلفان يرى ان مهمة المعالج هي تفهم العلائق الشخصية للمريض في ماضيـــه ، وحاضره (بما في ذلك علاقته مع الطبيب المعالج) . وادراك مستقبل هـذه العلائق التي يجب ان يعد اليها المريض اعدادا واقعيا .

فروم Fromm

ان النقطة الاساسيــة في نظريات فروم النفسيــة هي حاجــة

الانسان لان يجد معني في وحدته وفردية حياته . وكان يعتقد بأن الانسان يستطيع استغلال حريته الفردية الفذة في توحيد نفسه مع ابناء جنسه من الانسان بروح من المحبة الخلاقة للوصول الى اكمال آمال النفس ، ولبناء مجتمع افضل . أو انه بدلا عن ذلك يستطيع التراجع عن حريته باخضاع نفسه الى عبودية مجتمع مستبد . ولهذا السبب فقد حاول فروم اكثر من غيره ان يفهم التفاعلات القائمة بين القوى النفسية الفردية في المرء وبين المجتمع الخاص الذي يعيش فيه .

ومن ملاحظة النظريات التي اوردناها لكل من فروم ، وسلفان وهورني ، نجد مبلغ تأثرهم بأدلر من حيث تأكيدهم على الصلات الاجتماعية ، وعلى الفرد كوحدة اجتماعية .

التحليل الوجودي

المحللون الوجوديون يعتمدون على القواعد النظرية للفلسفة الوجودية . وهم يؤكدون تبعاً لذلك اهمية القيم والاهداف الفردية ، ويوجهون اهتمامهم الى فهم « العالم الخاص » – عالم القيم – للمريض . وهم يرون ان تحليلهم لكيان القيم في عالم المريض الخاص به ، فان ذلك يدلهم على ان طبيعة الانسان هي طبيعة وجودية ، وهي طبيعة وحدة انسانية ، او الوجود – معا – في الحياة (العالم) . وعلى ذلك فان اسلوب المعالج التحليلي الوجودي تقضي بأن يشعر انه (أي الطبيب)؛ومريضه في عالم واحد. ويرى المحللون الوجوديون ان هذا الشعور من قبل الطبيب ، يشعر المريض منذ البداية بضرورة المشاركة في حياة المعالج ، وبالتدريج يشعر المريض ايضا بأن فهم الطبيب واهتمامه به ، يشجعانه على تقليد النمط الصحيح لحياة الطبيب : وينتهي به الامر الى الجرأة في ان يكون نفسه على حقيقتها . وفي الآونه الاخيرة قدم بعض الاطباء الوجوديين، وفي مقدمتهم ديفيد لانج R. D. Laing ادعاءآت مثيرة عن نجاحهم في معالجة المرضى،وخاصة في مرضى الشيزوفرينيا ، بطريقة التحليل والعلاج الوجودي على انه يصعب التأكد من صحة ما جاء في مثل هذه الادعاءآت .

العلاج السايكوبابولوجي

في هذا العلاج يولي الطبيب المعالج اهمية لوجهة نظر المريض في تقدير حالته المرضية ، كما انه ، اي الطبيب ، يحاول ان يعي بنواحي التحيز في نفسيته ، ويتجنب فرضها على المريض . وتعتبر هذه المدرسة التحليلية ان عملية العلاج هي عملية مشاركة يشترك فيها الطبيب والمريض ، وانها تهدف الى الجمع بين وجهات نظر الاثنين الى غاية مفيدة للمريض، بشرط أن يتأكد الطبيب المعالج أن هذه الغاية الناتجة عن تفاعل وجهتي نظرهما ، هي بالفعل اكثر فائدة ونجاحاً من حالة المريض قبل العلاج .

العلاج الكلي (جستالب Gestalt)

ونظرية اصحاب هذه المدرسة ترى ان الفرد الاعتيادي نتيجة لتماسه مع الثقافة المعاصرة قد اصيب بتصدع وتفتت « التكامل » بين فكره وعواطفه وسلوكه . وهم يهدفون لذلك ، الى رد هذا التكامل . واسلوبهم ، العلاجي يتألف من اختبارات تجريبية متدرجة ، وضعت بشكل تقدم فيه المشاكل والصعوبات للمريض ويساعد خلالها على ادراك واقعي وكلي لنفسه ولمحيطه .

المعالجة بالتطبع والتكييف

وهي الطريقة العلاجية التي بنيت على الاسس النظرية والتجريبية لبافلوف ومن اشهر المطبقين لهذا النوع من العلاج هو اندرو سولتر A. Salter . ومن رأيه ان سلوك الانسان يجد جذوره العميقة في طبيعته الحيوانية . ويرى ايضا ان اساس الحياة قائم على الأثارة ، وان سبب الامراض النفسية يعود الى النهي . ولهذا فمهمة المعالج هي في مساعدة المريض على التغلب على عوامل النهي ، وعلى تمكينه من التعبير بجرأة وصراحة ووضوح عن عواطفه . وفي اسلوبه العلاجي كان سولتر يطلب الى مرضاه بالتوقف عن التفكير ، والسلوك بناءً على دوافعهم العاطفية . فالشخص الطبيعي في نظره هو الذي يتصرف بناءً على دوافعه العاطفية الآنية بسلاسة وبدون تفكير ، اما المريض عاطفيا فهو الذي يتصرف بتفكير ولكن بدون عاطفة .

علاج النهي المتبادل Reciprocal Inhibition

وهي طريقة علاجية تعتمد ايضـا على قواعد بافلوف فيالتطبع والتكييف . وجاء بهذه الطريقة «ولب Wolp» الذي لاحظ بأن السلوك المضطرب للحيوان يميل الى الزوال عندما يقدم له وضع يجلب المسرّة (كتقديم الطعام) في نفس الوقت الذي يتوفر فيه عامل آخر مثير للقلق . ومثل هذه التجربة، في اعتقاد ولب ، تضعف الصلةبين العوامل المثيرة للقلق وبين حالة القلق. . وبناءً على هذه التجربة جاء ولب بالقانون النفسي العلاجي التالي : اذا امكن احداث رد فعل معاكس للقلق فينفس الوقت الذيتثير فيه عوامل معينة لحالة القلق بحيث يؤدي ذلك الى الاخضاع الكلي او الجزئي لانفعال القلق ، فأن ذلك يؤدي الىاضعاف الصلة بين العوامل المثـيرة للقلق وبين انفعال القلق . ويدعي ولب ان طريقته العلاجية تؤدي الى شفاء الحالات النفسي بنسبة ٨٠ الى ٩٠ ٪ من الحالات .

العـلاج بالايحَاء وَالتَنويم

معظم الوسائل العلاجية من مادية وغير مادية تحمل تأثيرا ايحائيا نفسيا ، ولهذا السبب يتعذر تعيين حدود فاصلة بين الآثار العلاجيـــة للمعالجة النفسية والمعالجة المادية في الامراض النفسية بشكل عام . وهنالك كما هو واضح قابليات مختلفة لتقبل الايحاء عند المرضى ، بما في ذلك التباين في اسلوب الايحاء المناسب للحالة المرضية الواحدة . كما ان عملية الايحاء بحدودها واساليبها المختلفة تعتمد على الجو الذي يحدث فيه الايحاء ، كما تعتمـــد على شخصية الطبيب الذي يقوم بهذه العملية الايحائية .

والتنويم،هو حالة تصدع الوعي التيتحدث بفعل الايحاء،(وقد سبق التحدث عنها في مكان آخر من هذا الفصل) . ولعملية التنويم فوائــد متعددة فيما اذا طبقت بحذر وفي الحالات الملائمة لتطبيقها. واكثر فوائد التنويم تأتي في الحالات المرضية الهستيرية ، كما تأكدت فائدته في علاج بعض الامراض النفسية الجسمية كمرض الربو .

تستعمل مواد عقاقيرية مختلفة لغرض تغيير درجة وعي المريض ولتسهيل اظهار بعض الذكريات الغير واعية، او لتشجيع المريض على البوح ببعض الافكار أو العواطف المزعجة والتي لا يستطيع الافضاء بها بصراحة وحرية في الأحوال الاعتيادية . والمواد المستعملة لهذا الغرض كثيرة منها حقن مواد الباربتيوريتس Barbiturates في الدم، ومادة الميثدرين Methedrine او تنشق مخدر الايثر Ether بمقادير قليلة . ويمكن استعمال هذه المواد كوسيلة تسهل الايحاء للمريض بأن يعيش من جديد تجربة عاطفية سابقة. فاذا حدث ذلك افرغ المريض (التنفيس Abreaction)ما في نفسه من ضيق عاطفي مكبوت .

« علاج ل س د L S D »

تناول مقادير صغيرة من مادّة أل ــ L S D تحدث في من يتناولها حالة من الهذيان العقلي قد تؤدي الى ظهور بعض محتويات العقل الباطني . ولهذا السبب تستعمل هذه المادة كوسيلة سريعة لاظهار محتويات اللاوعي حتى يسهل الاستفادة من هذه المحتويات في عملية العلاج النفسي .

« علاج الاسترخاء Relaxation »

يستفاد من علاج الاسترخاء خاصة في مرض القلق النفسي . وتأتي الفائدة من قطع الدورة المفرغة، القلق ــ التوتر العضلي ــ القلق وهكذا . وهنالك طريقتان للاسترخاء العلاجي ، الاولى (جاكوبسون) : وفيها يدرب المريض على الاسترخاء في مجموعة من العضلات ، ويكرر ذلك حتى تشمل العضلات كلها . وفي الطريقة الثانية (شولتز) : يعوّد فيها المريض على ارخاء عضلاته الارادية وغير الارادية عن طريق تركيز ذهنة على افكار معينة . وهنالك تمارين مختلفة لعمليات الاسترخاء هذه . ويمكن اعتبار الطرق « اليوجية » في تغلب ارادة الفكر على حركة البدن، من هذا القبيل .

« المعالجة بالتكييف »

تقوم هذه المعالجة على اسس من نظريات وتجارب بافلوف الشرطية . وقد وردت الاشارة الى بعض انواع العلاج التحليلي بالتكييف حسب طريقة (سولتر وولب) .

يقوم مبدأ العلاج بالتكييف على اساس ربط السلوك الشاذ بتجربة مؤلمة او غير مريحة . ويؤدي هذا الربط بين الاثنين الى تجنب التعرض للسلوك الشاذ . وقد طبق هذا المبدأ في علاج عدد من الحالات المرضية كالادمان على الخمور ، وبعض انواع الشذوذ الجنسي ، وعادة التبول اثناء النوم وغيرها . وكما ان بالامكان ربط السلوك الشاذ بتجربة مؤلمة ، فان من الممكن اجراء عكس ذلك : اي بربط حالة الاضطراب النفسي بتجربة تعطي للمريض الراحة . وقد طبق ولب Wolpe . هذا الاسلوب العلاجي كما بينا في موضوع « علاج النهي المتبادل » .

المعالجة النفسية الجماعية

Group Therapy

المعالجة النفسية الجماعية تقوم على مبدأ يميل الى ادراك ان المشاكل النفسية الفردية تعود الى خطأ في تكييف الفرد وفي صلاته بالنسبة للجماعة ، وطريقة العلاج تهدف لذلك الى اظهار وتحليل مصادر الاضطراب في السلوك الاجتماعي للفرد تحت ظروف جماعية من السلوك والملاحظة . وفي مثل هذه المعالجة يتحتم اختبار الجماعة الذين تجري عليهم المعالجة من مستوى واحد او متقارب من حيث مشاكلهم النفسية ومستواهم الاجتماعي والثقافي والاقتصادي . ويحاذر ادخال احد في الحلقة العلاجية (وهي عادة تتألف من ستة الى ثمانية افراد) ممن يختلفون اختلافا جذريا في مشاكلهم وشخصياتهم عن بقية المرضى .

ومن الوسائل العلاجية الجماعية هي الوسيلة المسماة بالدراما النفسية Psychodrama ، وفيها يوكل الى المرضى ان يمثلوا ادواراً معينة يترك لهم فيها

الحرية بالتعبير عن وجهة نظرهم في المشاكل والانفعالات العاطفية التي تعود الى الشخص الذي اختاروا تمثيله . وبقيامهم بمثل هذا الدور التمثيلي فانهم يحرزون بصيرة مباشرة في مشاكلهم النفسية وفي ضرورة وكيفية تعديل سلوكهم المضطرب .

المعالجة العملية

Occupational Therapy

ان الكثير من الاضطرابات النفسية ناجمة عن عدم التوافق بين خصائص شخصية الفرد ورغباته ومؤهلاته من ناحيته ، وبين طبيعة العمل الذي يقوم به ، او بسبب ظروف العمل . وهنالك حالات كثيرة من الامراض النفسية التي تأتي بسبب شعور الفرد بالقصور وعدم الثقة في اداء عمل معين.او بسبب عدم قابليته على تحمل المسؤولية الاعتيادية او الاضافية . او بسبب شعوره بان عمله الحالي لا يجلب له القناعة والاكتفاء النفسي . ومنهم من يستطيع عملا معيناً تحت ظروف معينة ولا يستطيعون ذلك في ظروف اخرى وهكذا . ومبدأ المعالجة قائم على دراسة المشكلة الفردية للمريض ، وايجاد النوع المناسب من الدراسة أو العمل لشخصيته ومقوماته النفسية ، ثم في دراسة طبيعة العلائق التي تربط الفرد بالجماعة والوقوع على مواطن الخطأ فيها واصلاحه بالشكل الذي يمكن المريض من العمل في وسط اجتماعي اكثر ملائمة لامكانياته ورغباته ومقومات حياته النفسية.

القسم الثالث

الأمراض العقلية

مقدمــــة

مشكلة الامراض العقلية ، انتشار الامراض العقلية ، طبيعة الامراض العقلية ، تصنيف الامراض العقلية ، الامراض العقلية العضوية ، الامراض العقلية الوظيفية .

اعراض الامراض العقلية

(١) الاعراض السلوكية (٢) الاعراض المزاجية (٣) الاعراض العقلية

مرض الشيزوفرينيا

مقدمة ، تعريف ، مقدمات المرض ، المرض الفعلي ، اسباب المرض ، اعراض المرض ، انواع المرض ، مصير المرض ، العوامل الملائمة للشفاء والعوامل الغير ملائمة للشفــاء ، علاج الشيزوفرينيا (الانسولين ، الصدمة ، الجراحة النفسية ، الادوية المعقلة)، العلاج الوقائي، الامل العلاجي في المستقبل

مرض البارانويا Paranoia

الامراض العقلية المزاجية

الكآبة العقلية
المانيا

علاج الامراض العقلية

الأمـراض العقـليَّة

مقدمة

مشكلة الامراض العقلية

استحوذت الامراض العقلية على اهتمام الانسان في جميع الازمان والعصور . ولعل اهتمام الانسان القديم بهذه الامراض لم يتسبب عن كثرة هذه الامراض ، بقدر ما تسبب عن غرابتها وعن تخوفـــه من القوى الخارقة او قوى الشر التي اعتقد بانها المسببة لها . واهتمامنا في هذا الزمن بهذه الامراض ، قد لا يخلو من نفس مصادر الخوف والاهتمام القديمة ، فما زالت الامراض العقلية ذات طبيعـة غريبة ، وما زالت اسبابها غامضة بالرغم من الابحاث الواسعة لجلائها . غـير ان الاهتمام بها اصبح اليوم ضرورة حتمتها كثرة هذه الامراض في المجتمع. وليس هنالك من شك في ان هذه الامراض تكوّن اهم مشكلة صحية يجابهها الانسان في العصر الحديث ، وهي مشكلة في تزايد مستمر ولا تنحصر اثارها في المريض وحده بل تتعداه الى النواحي الاقتصادية والاجتماعية بشكل عام . ذلك ان طبيعة المرض العقلي من ناحية ، واتجاهه نحو الازمان ، وامكانية انتقاله بالوراثة ، قد اعطاه من صفات الاهمية الاقتصادية والاجتماعية في النطاق العائلي والعام ما ليس لغيره من الامراض، وقد ادرك الاخصائيون المعنيون بالشؤون الصحية هذه الحقائـــق وساهموا بشكل فعال في توجيه الافكار علميا واجتماعيا لهذه الامراض. وقد اثمر هذا التوجيه الى حد بعيد في تنمية النظرة الانسانية، والعلمية لهذه الامراض التي حاول الانسان في الماضي وما زال بعضنا يحاول حجبها عن انظارنا وبالتالي عن اهتمامنا . غير اننا في هذه البلاد ما زلنا مقصرين عن ادراك ابعاد هـــذه المشكلة واهميتها في نطاق الامراض وفي نطاق الصحة العامة على حد سواء .

من الصعب اعطاء تقدير صحيح عن نسبة وقوع الامراض العقلية في المجتمع . وترد الصعوبة الى ان الكثير من الحالات العقلية لا يشعر بها المريض ولا يشخصها المجتمع ، ولهذا لا تأتي للمعالجة . ثم ان هنالك الكثير من حالات « الوسط » او «الحدود» بين الامراض النفسية والعقلية التي يميل معظم الاخصائيين لاعتبارات اجتماعية على اعتبارها ضمن نطاق الامراض النفسية . وهنالك حالات اخرى من الأضطراب العقلي الموقت ، كما هو الحال في اختلاطات التسمم ، والسكر ، والحمى ، وغيرها من الحالات العضوية الحادة والقابلة للرجوع ، التي يميل الاطباء الى اعتبارها ضمن نطاق الامراض الجسمية . فاذا حسبت هذه الفئات كلها ، لتبين ان الامراض العقلية اكثر انتشارا وشيوعاً مما هو معروف في الاوساط العامة والطبية . ولعل نسبة الامراض العقلية تتضح من اعطاء بعض الاحصائيات في بعض البلدان كانجلترا وامريكا . ففي انجلترا تبلغ عدد الاسرة المشغولة بالامراض العقلية في المستشفيات بحوالي ٤٣ في المئة من مجموع الاسرة كلها . ويقدر عدد الذين يعالجون معالجة فملية لمرض عقلي بحوالي واحد في المئة من السكان ، كما يقدر عدد الذين يتطلبون العلاج بحوالي ستة اضعاف هذا العدد ، ويقدرون ايضا بانه لا بد لامرأة من كل تسعة نساء ، ولرجل من كل ثلاثة عشر رجلا ، من قضاء فترة ما في مستشفى للامراض العقلية في حياتهم . مما يجعل نسبة المرضى العقليين في المجتمع عامة الذين يدخلون المستشفيات بحوالي واحد في العشرة ، وعدة اضعاف هذه النسبة من الذين يعالجون فعلا او يتطلبون العلاج لفترة ما في حياتهم . ومثل هذه النسب العالية نجدها في الاحصائيات الامريكية ، حيث يبلغ عدد مرضى المستشفيات العقلية بما يقارب الواحد في المئتين من السكان عامة . ولا يدخل في هذا الحساب حالات النقص العقلي . وفي مجتمعنا قد لا تكون الامراض العقلية بالنسب العالية الموجودة عليها في البلدان الغربية ، ويرد ذلك الى اسباب متعددة اهمها ان متوسط حياة الفرد اقل مما هو عليه في الغرب مما يقلل من امكانية وقوع الامراض العقلية نسبيا . ثم ان عدد المسنين

قلة، وهذا يقلل ايضا من نسبة وقوع الامراض العقلية العضوية الناتجة عن الخرف وتصلب الشرايين ، وهذه العلل مسؤولة عن قسم كبير من الاضطرابات العقلية في المسنين . واخيرا فان نمط الحياة التي يعيشها الفرد الاعتيادي بيننا لم يصل بعد الى حدود التعقيد وظروف الارهاق التي وصل اليها الفرد في المجتمعات الاكثر تطورا والاكثر تعقيدا . على ان الدلائل كثيرة بان الامراض العقلية في هذه البلاد في زيادة مستمرة ظاهريا وفعليا وانها لا بد واصلة الى الحدود المفزعة التي وصلت اليها في البلدان الاخرى المتقدمة .

★

طبيعة الامراض العقلية

ليس من السهل تحديد طبيعة الامراض العقلية ولا تعيين الحدود الفاصلة التي تفصل العاقل عن المريض عقليا . ذلك ان الحياة العقلية في الصحيح والمريض نفسيا، والمريض عقليا، تسير في خط مستقيم وسياق غير منقطع. لهذا نجد صعوبة في تفريق بعض الحالات النفسية ، خاصة البسيطة منها ، عن مظاهر الشعور في الحالات الطبيعية ، كما نجد صعوبة مماثلة في تفريق بعض الاضطرابات النفسية الشديدة عن الحالات العقلية وهذه الاستمرارية في الحياة العقلية بالاضافة الى صعوبة التفريق الحاسم بين بعض حالات الاضطراب النفسي وبعض حالات الاضطراب العقلي ، وبسبب فعالية العوامل النفسية في السلوك الطبيعي وفي الامراض النفسية وفي الأمراض العقلية على حد سواء ، فان بعض الاخصائيين يعتبرون الامراض العقلية « نوعيا » كالامراض النفسية ، وان الاختلاف بينهما هو اختلاف درجة لا إختلاف نوع. وقد يكون هذا الرأي صحيحا في النواحي السلوكية والعاطفية، ولكنه رأي لا يثبت في النواحي العقلية ، حيث تظهر على المريض اعراض لا شبيه لها في التجربة العقلية لكل من الفرد الصحيح او المريض نفسيا. وفيما يلي المظاهر الهامة لتغير الشخصية التي اذا توفرت في المريض اعتبر توفرها دليلا على اصابته بمرض عقلي . وقد لا تتوفر هذه المظاهر كلها في المريض الواحد ،

او في بداية المرض ولكنها على الاجمال تتوفر في معظم حالات المرض العقلي التي تقع في نطاق العلاج الطبي :

١ – ورود اعراض عقلية جديدة بالنسبة لتجربته العقلية .

٢ – عدم مقدرة المريض على التفريق بين ما هو مصدر خارجي او مصدر داخلي لهذه الأعراض العقلية التي تساوره .

٣ – خطأ المريض في ادراك حدود « الواقع » الذي يعيش به ، اذا ما قيس هذا الادراك الحالي ، بادراكه الطبيعي السابق ، وبادراك الآخرين لهذا الواقع .

٤ – اضطراب العلاقة الطبيعية التي كان المريض يكيف بها نفسه مع هذا الواقع ، ويكون هذا الاضطراب بمثابة محاولته الجديدة لتكييف نفسه للواقع الذي تغير بالنسبة له. وبسبب هذا الاضطراب تظهر على المريض بوادر الاضطراب في السلوك وفي العاطفة .

٥ – فقدان المريض لبصيرته في ادراك انه مريض في المجال الذي هو مريض فيه ، وعدم ادراكه للحاجة الى العلاج .

هذه المظاهر الخمسة تتوفر كلها عادة في معظم الحالات المرضية العقلية ، والتمعن فيها يدل على ان التجربة العقلية للمريض عقليا هي في «النوع» ، تجربة جديدة ومخالفة للتجربة العقلية الطبيعية. وهي تدل ايضا ان التغير والاضطراب الذي يصيب الشخصية ليس تغيرا او اضطرابا محصورا في ناحية ضيقة كما هو الحال في الامراض النفسية ، وانما هو تغير واضطراب واسع وشامل يصيب الشخصية بكاملها . ويغيرها الى صورة لا تتساوى فيه مع صورتها السابقة بالنسبة للواقع وبالنسبة للمجتمع . وفي درجة هذا التغير وفي نوعيته تتوفر الفروق الاساسية بين المريض نفسيا والمريض عقليا .

تصنيف الامراض العقلية

جرت محاولات عديدة لتصنيف الامراض العقلية في تاريخ الطب ، ولعل الاطباء العرب كانوا اوّل من صنف هذه الامراض تصنيفا وصفيا سريريا يقارب التصنيفات المستعملة حديثا . ومن اشهر التصنيفات الحديثة هي التي جاء بها العالم كربلاين Kraepelin والتي حاول فيها تقسيم الامراض على اساس سببي . وبتأثيره قامت الاتجاهات المعاصرة الى تقسيم الامراض العقليـــة الى فئتين : الامراض العقلية العضوية ، وهي الناجمة عن توفر آفة عضوية في الدماغ أو في خارجـــه وتؤثر فيه ، والفئة الثانية وهي الامراض العقلية الوظيفية وهي التي لا تعتمد على اي عامل عضوي . وهنالك من يقسم الامراض العقلية الى قسمين : الامراض العقلية التلقائية ، Endogenous ،والامراض العقلية التفاعلية Reactive ،ويضعون في القسم التلقائي تلك الحالات التي تظهر بشكل تلقائي وبدون توفر سبب معين او واضح لها ، ويضعون في القسم التفاعلي ، تلك الحالات العقلية التي تظهر كرد فعل لتوفر عامل سببي معيّن . هذا وهنالك بعض الاخصائيـين ممن يميلون الى اعتبار التسمية « التفاعلي » مساوية للتعبير « نفسي Psychogenic » ، ويقصدون بها تلك الحالات العقلية التي تأتي كرد فعل لظروف او تجارب نفسية محدّدة . هذا وما زال امر تصنيف الامراض العقلية من الصعوبات القائمة في دراسة هــذه الامراض. وقد اقامت منظمة الصحة العالمية لجنة تعمل منذ عشر سنوات للتوفر على بحث هذا الموضوع ولاعطاء توصيات لتصنيف هذه الامراض يعمـل بها على نطاق عالمي . والى ان يكون ذلك ممكنا فانا سنأخذ بمبدأ تقسيم هذه الامراض على الشكل المعمول به حاليا في معظم المصادر الغربية .

★

يمكن تقسيم الامراض العقلية من الناحية السببية الى فئتين رئيسيتين (اولا) الامراض العقلية العضوية و (ثانيا) الامراض العقلية الغير عضوية او«الوظيفية». والفئة الاولى تشمل على سبيل المثال الاضطراب العقلي الناتج عن التهاب الدماغ او الصدمات على الرأس ، والفئة الثانية تشمل مرض الشيزوفرينا والامراض

المزاجية العقلية كالكآبة والمانيا . ومع ان هذا التقسيم مفيد من نواحي شخصية وعلاجية ومصيرية للمرض ، الا انه قد يحمل على الاعتقاد بأن هنالك حدوداً فاصلة وواضحة بين اعراض كل من هاتين الفئتين . والواقع ان مثل هذه الحدود غير موجودة . ثم ان الاتجاه في البحث العلمي يهدف الى تعيين الاسباب المادية العضوية لمجموعة الامراض العقلية التي ما زالت حتى الآن تعتبر « وظيفية غير عضوية » كما هو الحال في مرض الشيزوفرينا . ومع ان الابحاث في هذا الاتجاه لم تدرك بعد غايتها ، الا ان العلم قد يوفق الى ذلك في وقت قد لا يكون بعيدا ، وعندها يزول المبرر لهذا التقسيم الظاهري الى عضوي وغير عضوي .

« الامراض العقلية العضوية »

لما كانت الحياة العقلية للفرد هي احدى مظاهر وظيفة الدماغ ، فمن البديهي ان اي تغير او ضرر يلحق بخلايا الدماغ قد يؤدي الا الاضطراب في وظيفة هذه الخلايا وبالتالي الى اختلال في الحياة العقلية للفرد . ومن الطبيعي ان تعتمد درجة وحدود هذا الاضطراب على مدى وشدة ومكان الضرر في الدماغ . كما انها تعتمد على عوامل اخرى تعود الى شخصية الفرد وعمره وتجربته الخاصة . والاضرار العضوية التي يمكن ان تؤدي الى اضطراب عقلي كثيرة ، منها ما ينجم عن اصابة مباشرة للدماغ كما يحدث في اورام الدماغ ، والصدمة على الرأس ، وتلف الخلايا الدماغية في خرف الشيخوخة . ومنها ما يأتي بطريقة غير مباشرة ، كما هو الحال في بعض الامراض الجسمية التي تؤثر بدورها على الدماغ مثل تسمم الكلى ، ومرض السكر ، وعجز الكبد وبعض امراض الغدد الهرمونية ، والسموم ، والحميات وغيرها . واذا كانت هنالك صعوبة في تفريق اعراض المرض العضوي عن اعراض المرض الوظيفي ، فان هنالك صعوبة مماثلة في تفريق اعراض المرض العضوي العقلي الواحد عن الآخر ، اذ ان معظم الآفات العضويه للدماغ تعطي اعراضا تكاد تكون متشابهة . والوسيلة الوحيدة لتفريق الواحد منها عن الآخر ، هو في توفر علامات جسمية معينة قد تتصف بها هذه الامراض ، كما

هو الحال في وجود بعض العلامات الفارقة في « سفلس الدماغ » ، او باكتشاف العلة العضوية المسببة للمرض . وبدون ذلك يتعذر في معظم الحالات التأكد فيما اذا كا المرض عضويا او وظيفيا ، كما يتعذر تمييز علة عضوية عن اخرى .

*

قد يتبادر للذهن ان توفر الآفة العضوية في الدماغ امر يكفي لقيام الحالة المرضية العقلية . وهذا ليس بصحيح . فالكثير من الافات العضوية الموضعية او العامة لا تحدث اعراض مرض عقلي . اذ ان قيام الحالة المرضية العقلية امر يعتمد ايضا على استعداد كاف عند الفرد . فاذا توفر العامل العضوي فوق هذا الاستعداد ، حدث الاضطراب العقلي . مثال ذلك انه يصاب باضطراب عقلي كل من اصيب بتورم فى الدماغ ، او بصدمة او بتخثر ، او بتسمم او بالتهاب . والذي يقرر حظ الواحد او الاخر في الاصابة العقلية ونوعها ، هو توفر العوامل المهيئة من استعداد وراثي ، او نسيجي او كيماوي او نفسي ، اوبمجموعة من هذه العوامل بنسب متفاوتة .

ان اسباب الحالات المرضية العقلية العضوية ، كما ذكر ، كثيرة وبعضها يعتمد على آفة في الدماغ نفسه ، وبعضها يعتمد على تغيرات في الجسم ، تؤثر بالتالي في الدماغ . وفي الحالتين ، تكون النتيجة واحدة ، من حيث الاثر ، وهو الاضرار بوظيفة الخلايا او المراكز الدماغية المختلفة . وفيما يلي بيان لاهم الاسباب التي قد تحدث مرضا عقليا عضويا : —

١ – النقص او التلف في مادة الدماغ ، سواء كان النقص او التلف وراثيا ، او مكتسبا اثناء الحمل ، او في اي مرحلة من مراحل حياة الفرد في الطفولة وحتى الشيخوخة . ويدخل ضمن هذه الاسباب حالات النقص العقلي ، وحالات الخرف المبكر وخرف الشيخوخة .

٢ – آفات الدماغ العضوية . ويدخل ضمن ذلك الاورام الدماغية والتهابات

الدماغ العامة او الموضعية ، وصدمات الشدة على الدماغ بآثارها المختلفة ، من نزيف ، واتلاف لمادة الدماغ .

٣ ـ السموم في الجسم ، سواء كانت من خارج الجسم كالمواد الكيمياوية ، والمواد الكحولية والعقاقير ، والمخدرات ، والغازات السامة . او من داخل الجسم ، كفضلات العمليات الكيمياوية الحيوية في امراض جسمية معينة كامراض الكلى ، والكبد والسكري .

٤ ـ التهابات الجسم عامة ، كالحميات المختلفة التي قد تحدث اثرا غير مباشر على الدماغ عن طريق الحمي ، او سموم الميكروبات .

٥ ـ الاضطرابات الهرمونية ، واضطرابات التفاعلات الكيمياوية الطبيعية في الجسم .

٦ ـ النقص في تغذية الجسم بما في ذلك الدماغ ـ من مواد هامة لوظيفة الخلايا الدماغية كما هو الحال في بعض الفيتامينات التي قد يؤدي نقصها الى ظهور اعراض مرضية عقلية .

★

ومع ان الاسباب العضوية التي تؤدي الى الاضطراب العقلي كثيرة العدد ، الا ان الصور المرضية لهذه الاسباب قليلة ومحدودة ، وهي كما بينا لا تميز سببا عضويا عن آخر ، بل تتوفر في معظم الحالات ، وقد تظهر اعراض الاضطراب العقلي بشكل سريع وحاد ، كما هو الحال في التهابات الدماغ او الارتفاع المفاجىء لضغط الدم او الصدمة على الرأس ، وقد تحدث بشكل تدريجي كما هو الحال في اورام الدماغ وخرف الشيخوخة . ويمكن حصر الصور المرضية المتوفرة في معظم آفات الدماغ العضوية العقلية بما يلي :

(اولا) اختلال الملكات العقلية الفكرية مثل الذاكرة ، والانتباه ، والبصيرة ، والادراك ، والتوجه العقلي ، والحكم على الامور . (ثانيا) اختلال التوازن

العاطفي ، ويتمثل بضحالة العاطفة ، والحساسية ، وسرعة التقلب في الانفعال العاطفي من عاطفة الى عكسها ، كالبكاء السريع الذي يزول في لحظات ، ويحل مكانه الضحك او الفرح ، وهكذا . (ثالثا) اضطراب في مظاهر وخصائص شخصية المريض . فيبدو عليه عدم الاكتراث والاهتمام ، واهمال نفسه واجباته كما يفقد بعض او كل ما كان يتصف به من قيود والتزامات خلقية في سلوكه الاجتماعي .

وفي بعض الحالات قد يظهر على المريض اضافة الى ما تقدم اضطراب في مجال الوعي، يتراوح من شرود المريض في الذهن الى حالة غيبوبة . كما قد تظهر على المريض اعراض عقلية اخرى كالاوهام الحسية او العقلية . وفي مثل هذه الحالات فان الصعوبة تزداد عند محاولة التفريق بين المرض العقلي العضوي وبين الامراض الوظيفية الاخرى .

الامراض العقلية الوظيفية

Functional Mental Disorders

الامراض العقلية الوظيفية في مفهومها الحالي تشمل تلك الحالات المرضية التي لم يثبت حتى الان اعتمادها على سبب مادي عضوي في الجسم أو في الدماغ. وعدم ثبوت ذلك لا يعني بأن مثل هذا السبب غير موجود في الواقع ، ثم انه لا يعني بأن أسباب هذه الامراض تقع ضمن الحدود النفسانية كما يميل الى هذا الرأي بعض الاخصائين . ذلك أن الاسباب النفسية وان اتضحت في بعض الحالات الا انها معدومة الاثر في حالات اخرى كثيرة ، يضاف الى ذلك أن العلاج النفسي قليل الفائدة في معظم الحالات المرضية العقلية من عضوية أو وظيفية . هذا ولا يمكننا أن نغفل الملاحظة بأن معظم هذه الامراض تصاحبها بعض التغيرات الجسمية ، كما ان الكثير منها يرتبط ارتباطاً ملموساً بتكوين جسمي معين ، وان هنالك ارتباطاً مماثلا بين بعض خصائص المزاج والشخصية وبين الاستعداد للاصابة ببعض هذه الامراض من ناحية وبين بعض المظاهر الجسمية

من ناحية اخرى . ومع ان الابحاث في مجال وراثة الامراض العقلية لم تثبت بعد الطريقة التي يتمخض عنها العامل الوراثي ، الا انه يعتقد بأن ذلك يتم عن طريق انحراف في العمليـات الكيمياوية التي تقوم بهـا الخلايا الدماغية ، ومتى أمكن بيان هـــذا الرأي بشكل علمي، فسيكون من الممكن وضع الامراض العقلية الوظيفية في نطـاق الامراض العقليـة الماديـة العضوية. وبذلك يزول الفرق الظاهر بينهمـا حتى الان. وسنـــأتي على ذكر مختلف النظريات السببية للامراض الوظيفية عنـد بحث الامراض المزاجيـة ومرض الشيزوفرينيـــا بشكل خاص .

نقسم الامراض العقلية الوظيفية الى قسمين :

١ – مرض الشيزوفرينا

« بما في ذلك مرض «البارانويا» ، والذي يعتبره بعض الكتاب حالة مرضية مستقلة » .

٢ – الامراض المزاجية Affective Disorders

أ – حالات الكآبة العقلية
ب – حالة المانيا (الهيجان)
جـ – حالات مشتركة منهما .

اعراض الأمراض العقليّة

العقل كيان متكامل في تكوينه وفي المظاهر المختلفة لوجوده . وليس هنالك ما يسند المعتقدات السابقة بأن العقل يتكون من مجموعة متفرقـة من الخصائص والوظائف ، يرتكز كل واحد منها في منطقة في الدماغ ، فاذا اصيب

مركز منهـا بضرر ، تأثرت بذلك وظيفته وانعكس ذلك على شكل اعراض مرضية . ومع ان هنالك مناطق معينة في الدماغ تقوم بأعمال معينة . الا ان الدماغ بكامله يشترك الى حد ما في الاعداد لهذا العمل المعين وفي ابراز خصائصه ولهذا لا يصح لنا ان ننظر الى الاعراض المرضية العقلية نظرة جزئية مجردة ومحددة ، وانمـا كجزء من عملية متشعبة الاصول في وظائف الدماغ بكامله . ولهذا السبب فان اعراض الامراض العقلية لا تأتي ابداً على شكل عارض واحد، وانما على شكل مجموعات من الاعراض ، مختلفة في الشدة ومتباينة في العدد .

*

تظهر الاعراض المرضية العقلية في اي من مظاهر الشخصية الثلاث : السلوك، والعاطفة، والفكر . ومع ان بعض الاعراض قد تظهر بوضوح في واحد من هذه المجالات ، الا ان البحث الدقيق يظهر وجود اضطراب في النواحي الاخرى . وكثيراً ما تتطور الصورة المرضية ، فتزول بعض الاعراض من احدى المجالات ، ليظهر غيرها في مجال آخر . هذا ومع ان لبعض الاعراض المرضبة دلالة هامة في تشخيص بعض الامراض العقلية، الا ان معظم الاعراض العقلية ترد في الكثير من الامراض العقلية الوظيفية منها أو العضوية. وعلى ذلك فليس للعارض المرضي الواحد قيمة تشخيصية معينة لمرض معين. ثم ان بعض الاعراض المرضية، خاصة في مجال السلوك والانفعال العاطفي يصعب تفريقها في حدودها الدنيـــا عن الاضطرابات السلوكية والانفعالات العاطفية التي تحدث اعتيادياً في الكثير من الناس، او التي تظهر في الامراض النفسية. واعطاء هذه الاعراض صفة الاعراض العقلية يعتمد على شدتها ، كما يعتمد على توتر القناعة بوجود المرض العقلي .

*

أ ــ الاعراض السلوكية :

الاضطراب في السلوك هو في الغالب اول ما يظهر على المريض العقلي من تغير ، واول ما يجلب الانتباه اليه ويدلل على اصابته بالمرض. وهذا الاضطراب يظهر في البداية على صورة ابتعـاد الفرد في سلوكه وتصرفاته عما عرف عنه

واتصف به في السابق . والاعراض السلوكية الاكثر وروداً في الامراض العقلية هي : —

(١) اضطراب الحركة اما بالزيادة كما هو الحال في مرض (المانيا) واما بالنقص كما هو الحال في (الكآبة) واما في انعدام الحركة كما هو الحال في بعض حالات (المرض الشيزوفريني). وفي بعض حالات الموض العقلي العضوي .

(٢) ترديد الحركة . وفي هذه الحالة يعاود المريض الحركة الواحــدة باستمرار متوازن الاداء ، او بشكل طقوس ، وهذا يحدث في بعض حالات السلوك الالزامي التسلطي وفي بعض حالات مرض الشيزوفرينيا .

(٣) جمود الحركة،والابقاء على وضع ما بدون تغير Cataplexy ومن هذا القبيل مطاوعة اطراف المريض للتحرك كما لو انها اطراف دمية والابقاء عليها بالوضع الذي تحرك اليه (المطاوعة الشمعية Waxy Flexibility)

(٤) السلوك الاوتوماتيكي . وفيه يطيع المريض بدون ممانعــة او ابطاء او تساؤل كل ما يطلب اليه عمله . بما في ذلــك ترديد ما يقال له (Echolalia) وتقليد ما يراه من حركــة (Echopraxia) . ومثل هذا السلوك يدل عادة على نكوص المريض الى دور السلوك الطفولي وهو يظهر في بعض حالات الشيزوفرينيا .

(٥) السلوك السلبي Negativism . وهو على عكس السلوك الاوتوماتيكي ، ويظهر امـا بالامتناع عن القيام بتنفيذ الحركة او العمل الذي يؤمر به المريض ، واما بالقيام بعكسه .وينظر الى هذا السلوك من الناحية الدينمية النفسية بأنه تعبير عن الشعور بالتعدي والرغبــة في الثأر في نفس المريض .

(٦) الاعمال الالزامية.وهي الاعمال التي يستجيب فيها المريض الى دافع قوي يامره بالقيام بالعمل المذكور . ومثل هذه الاعمال تحدث في بعض حالات المرض النفسي (التسلطي الالزامي) كما تحدث في بعض الامراض العقلية . والفارق بينهما ان المريض عقليا يطيع الامر بالعمل بــدون تساؤل ومقاومة ، بينما في المرض النفسي يشعر المريض بان الامر بالعمل خارج عن ارادتــه ، ويسعى لمقاومته ، ويشعر (بلا معقوليته) بعد فواته . وقد تتخذ الاعمال الالزامية في الامراض العقلية اشكالا واهدافا مختلفة .

ب — الاعراض المزاجية العاطفية :

من الممكن الاستدلال على مزاج المريض من مظاهر سلوكه ، على ان هذه

المظاهر السلوكية قد تكون مضللة ولا تتفق مع طبيعة شعور المريض ، ولا بد من التوصل الى ادراك حقيقة هذا الشعور بالطرق المباشرة ، وقد لا يكون ذلك متيسراً في الكثيرين من المرض لاسباب متعددة . ان العوامل التي تقرر مزاج المريض عقلياً غير واعية وغير واضحة في معظم الحالات المرضية . وهذا المزاج بالتالي يؤثر في جميع الملكات العقلية كما يؤثر في الكيان الفيزيولوجي للمريض. والواقع ان معظم التأثير في سلوك المريض عقليـاً وفي تصرفاته لا يأتي بسبب الافكار الغير طبيعية التي يحملها المريض ، بقدر ما يتأتى عن الصفة العاطفية التي تكتسبها هذه الافكار . وفيما يلي الاعراض التي ترد في المجال العاطفي للحياة العقلية للمريض :—

(١) مزاج الفرح . وهو شعور ذاتي بالسرور . وتتراوح حدوده من انطلاق المزاج ، الى اشد حالات النشوة التي يصاحبها عادة الشعور بالقوة والعظمة والتي قـد تقترن ايضا بالشعور الديني ، وهذا يحدث عادة في الذين يتراءى لهم الاستماع الى الله او رؤيته او الوجود في حضرة نبي او ولي . ومثل هذا الشعور يحدث في بعض حالات الهستيريا والشيزوفرينيا والصرع ، والامراض المزاجيه (المانيا) .

(٢) مزاج الكآبـة . وهو شعور ذاتي بالحزن . وهو بدرجاته المختلفة اكثر الاعراض المرضية ورودا في الامراض العقلية . وقد يقترن هذا الشعور باعراض اخرى كالقلق وحـدة الطبـع وسرعة الانفعال والتشاؤم وعدم الانتباه وضعف التركيز، وكلها اعراض ثانوية تتأتى عن الشعور بالكآبة .

(٣) القلق . وهو توقع السوء من مصدر مجهول . وهذا العارض هو احد الاعراض الهامة في الكثير من الامراض النفسية ويعتبره الكثيرون المصدر الاساسي لجميع هذه الامراض . على ان القلق قـد يكون عارضا هاما في بعض الامراض العقليـة وخاصة في بعض حالات مرض الشيزوفرينيا. ويصاحب الشعور بالقلق عادة حالة من التوتر وهي تشمل الناحية العقلية والناحية العضلية للفرد ، وفيها يشعر المريض بعدم الراحة والاستقرار بالاضافـة الى احساس بالتقلص العضلي في اطرافه .

(٤) الجمود العاطفي . ويعبر عنه بعدم الكفاية العاطفية او بالضحالة العاطفية . وهـذا الجمود الذي يدل على عدم الاكتراث وعدم التحسس او الارتباط العاطفي ، كثـيرا ما يظهر في اصحاب الشخصية الانطوائية الشديدة وفي مرض الشيزوفرينيا ، حيث يبدو المريض وهو عديم الاكتراث بما يثير التحسس الوجداني بالفرح او الالم او كليهما ، كما انه لا يجـد متعة او لذة في كل ما يثيرهما .

(٥) سرعة الانفعال وتقلبه . وهـــذا العارض هو احـــد المظاهر الاساسية في الامراض العقلية العضوية ، غير انه بحدود اقل، احد مظاهر الشخصية المزاجية الدورية Cyclothymic Temperment وبعض حالات هذا المزاج تتطور الى مرض الكابة او المانيا او الحالتين بالتوالي.

(٦) عدم التوافق العاطفي . وفي هذه الحالة نجد ان رد الفعل العاطفي للمريض لا يتفق مع المناسبة التي اثارته . فقد يكون في درجة اكثر او اقل بكثـــير مما هو منتظر في الاحوال الطبيعية، وقد يأتي رد الفعل العاطفي مخالفاً تماما لما هو متوقع. ثم ان بعض المرضى وخاصة في مرض الشيزوفرينيا تظهر انفعالاتهم العاطفية وهي لا تتفق مع مظاهر سلوكهم من ناحية، ولا مع محتويات حياتهم العقلية الظاهرية من ناحية اخرى ، وفي ذلك دلالة كبيرة على تصـــدع التوازن النفسي في شخصيتهم .

(٧) الثنائية المتضادة . Ambivalence) . وفي هذه الحالة يحمل الفرد اتجاهين متضادين من الشعور العاطفي بالنسبة الى شخص او موضوع معين . وقـــد يكون احد الشعورين ظاهرا والثاني متسترا، غير ان وجوده يتحقق من أعراض القلق او الارتباك التي يظهرها . ومن امثلة ذلك العاطفة الثنائية من الحب والكراهية في آن واحد لنفس الشخص، ومنها الرغبة في الشيء والصدود عنه ، والاحترام والاحتقار وغيرها مما لا يجمع عادة من العاطفة في شعور واحد لشيء واحد .

(٨) التجريـــد العاطفي -- (تجريد الشخصية Depersonalization) وهو شعور عاطفي بعدم واقعية النفس وعدم واقعية المحيط . وقد يقترن ذلك بفقدان الفرد للتحسس بمـــا يجري في نفسه وما يجري حوله . وهذه الحالة ليست مرضاً قائما بنفسه وانما عارض مرضي متشعب الجوانب يظهر في الكثير من الامراض العقلية كالكابة والشيزوفرينيا والهستيريا والوهم المرضي . كما يحدث في حالات التعب والاجهاد ، واظهر خصائص هذه الحالة شعور الفرد بأنه تغـــير عن الصورة التي كان عليها ، أو ان تحسسه بالمحيط حوله قد تغير ، أو الحالتين معا .

جـ -- الاعراض العقلية

الامراض العقلية كثيرة العدد متعددة الصور متفاوتة الشدة ، ومن الممكن ظهورها بمجاميع عديدة تتغير بين حين وآخر . وبينما يصعب على الطبيب ان يشخص الحالة المرضية بانها حالة عقلية على اساس من توفر الاضطراب في مجال السلوك او العاطفة او كليهما ، بالنظر لوجود هذه الاضطرابات بدرجة ما في الحالات الغير عقليـــة ، الا ان ظهور الأعراض المرضية يدل دلالة اكيدة على قيام حالة الاضطراب العقلي في المريض سواء توفرت الاضطرابات السلوكية او العاطفية او لم تتوفر . ذلك لان الأعراض العقلية لا تعتبر استمرارا او امتدادا

للعمليات العقلية الطبيعية ، وانما هي مظهر جديد من الحياة الفكرية المريض ، لا يوجد له مثيل في تجربته العقلية الطبيعيـة السابقة ، ولا في تجربة غيره ممن يتمتعون بصحة عقلية سليمة .

ان الاعراض العقلية قد تكون اول ما يحدث من اضطراب في شخصية المريض غير ان ظهورها الفعلي بالنسبة للمجتمع قد يتأخر الى مـا بعد وضوح الاضطرابات السلوكية او العاطفية ، ثم ان بعض المرضى قد يحاذرون الافضاء بصورهم العقلية ، ومنهم من يمانـع في ذلك كجزء من طبيعة مرضه العقلي ، وآخرون لا يستطيع احد النفاذ الى تلمس مجاهل حياتهم العقلية .

والأعراض العقلية التي تظهر في حالة مرضية معينة ، ليست وقفا على هذه الحالة المرضية ، فقد تظهـر بنفس الشكل والشدة في مرض عقلي آخر . ثم ان المرض العقلي الواحد قد تتوالى فيه صور الأعراض العقلية بما قد يشمل الاعراض العقلية بكاملها . ولهذا فليس من الممكن تشخيص الحالة المرضية العقلية على اساس من توفر اعراض معينة . فمثل هذا التشخيص يأتي عن طريق الصورة الكلية للحالة المرضية ، وليس بسبب توفر عارض عقلي معين .

واخيرا فـان الاعراض المرضية العقلية لا تمثل فقط الاضطراب الاساسي والاولي في وظيفة الدماغ ، وهو مصدر الحياة العقلية ، وانما تمثل ايضا محاولة المريض لتكييف نفسه على الوضع العقلي الجديد الذي نتج بسبب هذا الاضطراب . وما اختلاف الصور المرضية العقلية مع استمرار تطور الحالة المرضية ، الا مظهرا من هذا التفاعل بين ما يخلقه المرض من اعراض ، وبين ما يحاوله المريض (بشكل واعي او غير شعوري) من تكييف نفسه عليها . وفيما يلي الاعراض العقلية الهامة التي تظهر في الأمراض العقلية وهي تبحث عادة في المجالات التالية : ـــ

(١) الادراك الحسي (٢) الفكر (٣) الذاكرة (٤) الوعي (٥) الذكاء (٦) النطق والكتابة .

(١) – الاضطرابات الحسية

ويقصد بذلك الصورة التي يدرك فيها الشخص احساساته . واضطراب هذا الادراك على نوعين : ايهام . وخداع .

١ – **الوهم الحسي** (الهلوسة Hallucination).وهي الاحاسيس التي يدركها المريض ، والتي لا تستند الى اي اساس طبيعي من الاثارة الحسية . كان يرى المريض ما لا يراه غيره ، وما لا يمكن ان يراه غيره . وان يسمع كذلك ، الى غيره من الامكانات الحسية في البصر والسمع والشم والذوق واللمس والاحساسات الباطنية في الاحشاء . والهلاوس من حيث وضوحها على نوعين : هلاوس صادقة تظهر بوضوح للمريض وتشغل حيزا من ادراكه الحسي يصدق بها وبمصدرها ، وهذه الهلاوس الصادقة تحدث في الامراض العقلية وفي بعض الاضطرابات العقلية العابرة مثل السكر والحمى . والهلاوس الكاذبة ، وهي الاحاسيس التي يدركها بعض الافراد في فترة الغفوة Hypnagogic ، وفي فترة الافـــاقة من النوم Hypnopompic . ومنها ما يظهر في حالات التعب والاجهاد والارق . وهذه الهلاوس الكاذبة ينقصها الوضوح ، كما ينقصها التحديد في حيز الادراك الحسي ، اضافة الى سرعة زوالها وشعور المريض بعدم التأكد من صدقها .

ب – **الخداع الحسي** (السراب الحسي Illusion) وفي هذا العارض يدرك المريض التجربة الحسية على غير طبيعتهـــا ، فقد يرى العصى حية ، والشجرة ماردا ، والشق نهـرا . وقد يقلب الاحساس الى احساس آخر فيسمع الضوء ويرى الصوت ، وغيرها من عمليات التبادل الحسي . ومعظم اعراض الخداع الحسي تقـع في حالات الهذيان عندما تضعف عملية الادراك الحسي ويصبح من السهل الخطأ في ادراك ابعاد التجارب الحسية ، كما تحدث في حالات السكر ، وفي الحميات وفي بعض الامراض العقلية .

ومن حالات الخداع الحسي الحالة المعروفة (بالتصغير البصري Micropsia) وفيها يرى المريض الأشياء ابعد او اصغر بكثير مما هي عليه . وقد يرى المريض

هلاوسه الحسية بشكل مصغر (الهلاوس البصرية التصغيرية) ويجب تفريق هذا العارض عن عارض التصغير البصري الذي قد يحدث احيانا في بعض امراض العيون وفي بعض اورام الدماغ .

(٢) الاضطرابات الفكرية

يصعب تحديد نطاق الاضطرابات الفكرية ، ذلك لأن (الفكر) يعتبر مساويا للحياة العقلية للفرد. وتبحث الاضطرابات الفكرية في المجالات التالية : —

ا — سياق الفكر . ب — محتويات الفكر وصوره .

ا — سياق الفكر

والاضطراب في هذا المجال قد يأتي على شكل (١) النهي عن التفكير (٢) التدفق الفكري (٣) تطاير الفكر وتلاحقه (المطاردة الفكرية) (٤) انسداد الفكر وتوقفه (٥) تفكك الفكر (٦) الشطوط الفكري (٧) الشرود الفكري (٨) المواظبة والالحاح الفكري .

ب — محتويات الفكر

والاضطراب الهام في هذا المجال هو **الوهم العقلي** ويقصد به الافكار والمعتقدات والآراء التي لا تنطبق على الواقع ، والتي لا يمكن ربطها باساس سببي يفسرها ، كما لا يمكن ازالتها بالمنطق والاقناع والبرهان ، بالاضافة الى تناقضها مع ما هو معلوم عن المستوى الثقافي والاجتماعي للفرد . وفيما يلي بعض الصور التي يظهر عليها الوهم العقلي :

١ — **اوهام غير ثابتة.** وفيها يغير المريض من حين الى آخر صورة اوهامه . هذا التغير يعود الى طبيعة حالته المرضية وليس للاقناع او البرهان علاقة في ذلك .

٢ — **الاوهام الثابتة** . وهي التي تبقى ولا تزول بسرعة ، وتتركز عادة على موضوع معين ثابت كما هو الحال في مرض البارانويا الشيزوفروني .

٣ – **اوهام مرجعية** Ideas of Reference وفيها يربط المريض بين الذي يحدث حوله من قريب او بعيد وبين نفسه ، كان يدعي بان الناس ينظرون اليه وان الراديو يعنيه وان الحرب قامت من اجله .

٤ – **اوهام التعذيب** . وهي التي تدور حول تفسير نوايا الناس وسلوكهم بما يهدف الى قتله او تعذيبه او عقابه .

٥ – **اوهام العظمة واوهام الضعة** . وفي الاولى يضفي المريض على نفسه مظاهر العظمة ، وينتحل لنفسه شخصيات مختلفة للتدليل على ذلك . وفي اوهام الضعة ، يصف المريض حالة بعدم الأهمية ، والتفاهة والفقر والصغارة . وقد يدرك المريض نفسه في الحالتين على غير صورته الانسانية ويتخذ لنفسه صورة حيوانية تتفق مع اوهام عظمته او تفاهته .

٦ – **اوهام الاثم** . وفيها يدعي المريض بمسؤولية عن آثام لم يرتكبها ويعطي لنفسة صفات المضلل ، والمذنب ويسعى الى التكفير عن آثامه بوسائل مختلفة من عقاب النفس بما في ذلك الامتناع عن الطعام ، ومحاولة الأنتحار .

٧ – **اوهام العدم** . Niblistic ، وفيها قد يدعي المريض بان جزءاً منه ، او احد اعضاءه كالقلب او المعدة او الدماغ ، لا وجود لها ، او انها لا تعمل ابدا. وفي حالات شديدة قد يدعي المريض بان لا وجود له ، وانه ميت ، وان كل ما حوله قد مات . ومثل هذه الأوهام توجد في بعض حالات الكآبة الشديدة كما توجد في بعض المرضى المصابين بمرض الشيزوفرينيا .

*

٣ – اضطرابات الذاكرة

وهي كثيرة تتراوح بين صعوبة التذكر ، الى النسيان للحوادث المستجدة او للحوادث القديمة او لحوادث معينة . وقد تأتي اضطربات الذاكرة على شكل الحاح لتذكر حادثة معينة ، او فترة معينة من حياة الفرد تستولي على ذاكرته ، سواء حاول الخلاص منها ، كما هو الحال في

المرض التسلطي ، او لم يحاول . ويظهر اضطراب الذاكرة ايضا على شكل صعوبة في الاحتفاظ بالتجربة العقلية اما بكاملها او باجزاء خاصة منها . واكثر ما تحدث اضطرابات الذاكرة في الأمراض العقلية العضوية وفي مرض الهستيريا.

٤ ـ اضطرابات الوعي

ويقصد بها درجة تحسس الفرد بوجوده وبوجود المحيط حوله . وتتراوح هذه الاضطرابات في حدود واسعة من ضعف الانتباه والشرود الذهني في الحالة البسيطة ، الى اختلاط الوعي وتصدعه وتلاشيه او انعدامه . واضطرابات الوعي تحدث في الحالات الطبيعية ، وفي الأمراض النفسية خاصة مرض الهستيريا ، كما تحدث في مختلف الأمراض العقلية خاصة العضوية منها .

٥ ـ البصيرة Insight

وهي مقدرة المريض على ادراك تجربته العقلية في حدودها الطبيعية . غير ان بعض المرضى في الأمراض النفسية (الهستيريا) والمرضى في الأمراض العقلية ، يفقدون هذه البصيرة بدرجات متفاوتة . فهم اما لا يدركون بانهم مرضى ، او لا يدركون بانهم مرضى في المجال الذي اصيبوا فيه . واذا توفرت لديهم البصيرة ، فهم لا يستطيعون ربط التجربة العقلية بنتائجها . ومعظم هؤلاء المرضى لا يملكون البصيرة الكافية للتحسس بطبيعة مرضهم ، وهم لذلك يتخلفون عن السعي الى معالجته . ويترك امر ذلك الى اهلهم.

٦ ـ التوجه العقلي Orientation

والاضطراب في هذا المجال يظهر على شكل الخطأ في ادراك حدود الهوية الشخصية ، وادراك الزمان او المكان ، مما يتفق مع واقع هذه الامور الثلاث . وتظهر هذه الاضطرابات في الأمراض العقلية العضوية وفي بعض حالات الهستيريا والشيزوفرينيا .

٧ – الذكاء

وهو لا يتــأثر عادة في الامراض العقلية الوظيفية كالامراض المزاجية والشيزوفرينيا . ولكنه يتأثر بشكل واسع في حالة الاضطراب العقلي العضوي التي تؤدي الى ضرر ثابت وواسع في الدماغ .

٨ – النطق والكتابة

تظهر في الامراض العقلية بعض الاضطرابات في طريقة الكلام والكتابة واضطرابات النطق تتراوح بــين التفنن في النطق ، الى ترديــد بعض الكلمات او المقــاطع ، الى استعمال بعض الرموز الصوتية او الكلاميــة وحشرها في الكلام . وفي بعض الحالات يظهر المريض ابكما Mutism . وفي الكتابة يتخذ بعض المرضى اساليب خاصة لهم في طريقة الكتابة واتجاهها ، وفي التفنن في ادائها . وكثيرا ما تكون كتابة المريض اكثر دلالة من نطقه على حالته العقلية .

الشيزوفرينيا

Schizophrenia

مقدمة :

مرض الشيزوفرينيا اقدم الامراض العقلية وصفاً ، وهو بدون شك اكثرها وقوعاً بين الناس ، ونسبته بين الامراض العقلية جميعاً تزيد على ال ٦٠ في المئة ، ومن اجل ذلك يمكن اعتبار البحث السببي والعلاجي في الامراض العقلية كأنه البحث في اسباب وعلاج مرض الشيزوفرينيا .

ان التعبير « الشيزوفرينيا » تسمية حديثة العهد نسبياً ، وهي تسمية مقبولة وواسعة الانتشار في الاوساط الطبية المعاصرة . واول من استعملها هو « بلولر Bleuler » عام ١٩١١ ، واعطى التسمية صفة الجمع لاعتقاده بأن المرض هو مجموعة أمراض ، ولعدم وثوقه من وحدة اسبابها . والتعبير « شيزوفرينا » مشتق من كلمتين معناهما «انقسام» «العقل» او الشخصية». وهذا الاشتقاق يفي بالمعنى الوصفي للمرض، كما يعطي انطباعاً عن الاساس النفساني للمرض ، ان لم يكن من الناحية السببية فمن الناحية الفعلية ، لما يطرأ على العمليات النفسية في المريض من اضطراب في التوازن وتصدع في التكامل النفسي . وقد جاءت هذه التسمية في اعقاب التعبير « الخرف المبكر Dementia Praecox التي وضعها « موريل Morel » سنة ١٨٦٠ ، وهذه التسمية لا تطابق الواقع المرضي لمعظم المرضى ، فهي توحي بأن المرض يصيب صاحبه في وقت مبكر ، وانه ينتهي بالخرف العقلي . وهذا الوصف ينطبق فقط على القلة من المرضى المزمنين في المستشفيات العقلية . ولهذا جاءت التسمية الجديدة اقرب بكثير الى الواقع ، كما انها تتميز بسعة المدى من حيث درجة المرض ومصيرة ، وتعطي املا اكبر بالشفاء . وفي اللغة العربية ، ما زال بعض الكتاب في الطب وعلم النفس والقانون يستعلمون كلمة « الخرف المبكر » مع بطلان استعمالها في الاوساط الطبية الحديثة . كما

ان بعضهم يستعمل التعبير « انفصام العقل او الشخصيـة » وهي ترجمة مغلوطة للشيزوفرينيا. ذلك ان الانفصام يفيد بأن مقومات الشخصية تتألف من وحدات مرتبطة العرى ، وان المرض هو انفصام هذا الارتباط ، وهـذا غير صحيح . فالعمليات العقلية ليست ارتباطاً ، وانما تكاملاً، وعلى ذلك فالتعبير «الانقسام» اقرب للواقع . ولما كان التعبير «انقسام الشخصية» قد اوحى للبعض من الكتاب ومنهم الى القراء بأنه مساوي لحالة « تعدد الشخصية » او «ازدواج الشخصية» . (وقد ورد وصف مثل هذه الحالات النفسية في الفصل الخاص بالهستيريا) مع انه لا يوجد اي شبه بين هذه الحالات وبين مرض الشيزوفرينيا ، من اجل ذلك نرى فائدة الاحتفاظ بالتعبير « الشيزوفرينيا » على ما هو عليه .

★

تتراوح النسبة الفعلية والمتوقعة لمرض الشيزوفرينيا في المجتمع في حدود تقدر بين ٤ الى ٨ في الالف . وهنالك تفاوت في هذه التقديرات بين بلد وآخر. وتفيد بعض الدراسات بأن هنالك مناطق في العالم لا تعرف هذا المرض العقلي، ويشك في صحة هذه الدراسات لعدم استيفائها لقواعد البحث العلمي . وهنالك بـلاد تتجه ثقافتها نحو التأمل كما هو الحال في بعض بلدان جنوبي شرقي آسيا ، وفيها يلاحظ ان المرض اكثر وقوعاً منه في تلك البلاد التي تتجه اتجاهاً عملياً اجتماعياً في ثقافتها . ويبدو ان هنالك علاقة بين درجـة التقدم في المدنية وبين المرض ، ففي بعض بلدان افريقيا الناشئة وجد ان المرض يتزايد وقوعاً كلما زادت صلة الفرد بحياة المدن وكلما ابتعدت المسافة بينه وبين قبيلته او عشيرته . وفي المدن في مختلف البلدان ، تلاحظ زيادة المرض كلما اقتربنا من منتصف المدينة ، ويقل وقوع المرض تدريجيا في اطراف المدينة ثم الى الريف . وفي المدينة نفسها ترتفع نسبة وقوع المرض كلما كانت حياة الفرد او عائلته غير متماسكة في اتصالهـا الاجتماعي، كما هو الحال في اللذين يقيمون بشكل افرادي معزول عن الاخرين. ومع انه لا توجد علاقـة عضوية او وراثية بين اليسر او الفقر وبـين مرض الشيزوفرينيا، الا ان المرض الى حد ما اكثر انتشاراً بين الفقراء منه بين الاغنياء

كما لا توجد علاقة واضحة بين الذكاء من ناحية ، وبين المرض من ناحية اخرى ، الا ان الضغط الثقافي الذي يتعرض اليه الشاب في العشرينيات من حياته ، بما في ذلك ضرورات العمل والتكيف الاجتماعي والارضاء الجنسي وامتحان التيارات الفكرية المختلفة التي يتعرض لها ، كل هـذه تجعل الشاب المثقف اكثر تعرضاً للمؤثرات النفسية المرسبة للمرض . وتشير بعض الاحصاءات الى ان المرض اقل وقوعاً في الاناث منه في الذكور بشكل عام ، مع ارتفاع نسبة حدوثه في المرأة في تلك الفترات من حياتها التي تتميز بالارهاق والضيق النفسي ، مثل الزواج والحمل والرضاع وسن اليأس . ومع كل ذلك فان نسبة وقوع الرجل في المرض تقارب ضعفي نسبة وقوعه في المرأة ، كما لاحظنا ذلك في هذه البلاد .

تعريف المرض :

لعل من الصعب او حتى من المتعذر اعطاء تعريف واف وشامل لمرض الشيزوفرينيا . ومرد الصعوبة الى حد ما ، اننا ما زلنا نجهل السبب او الاسباب للمرض ، كما اننا لا نعلم الا القليل عن علاجه ، وعن الكيفية التي يؤثر فيها العلاج . ثم ان مرض الشيزوفرينيا لا يأتي على صورة واحدة ، وانما على مجموعة من الصور تجمعها بعض الخصائص العامة . وقد تمر الحالة المرضية الواحدة بادوار مختلفة تتمثل فيها عدة صور مرضية . وبسبب تعدد الصور والحالات المرضية ، فهنالك اختلاف بين الاخصائيين في امر تحديد اوصاف الحالات التي تجب ان تشملها تسمية الشيزوفرينيا . ومع هـذا الاختلاف بينهم ، فانهم لا يجدون صعوبة في الاتفاق على تشخيص حالة ما بانها مرض شيزوفريني . ومع صعوبة الاتفاق على تعريف شامل يحيط بجميع حالات المرض وادوار تطوره ، الا انه وجد بأن اساساً مشتركاً يجمع بينها ، وهو ان المرضى بمرض الشيزوفرينيا يتميزون بابتعادهم عن واقع الحياة حولهم ، وبتصدع او انهيار المقومات النفسية الطبيعية التي كانوا يتصفون بها في حالة الصحة . وبنتيجة هذا التصدع او الانهيار فالمريض يبدو وقد فقد التوازن الطبيعي لمقومات حياته النفسية المتكاملة من

سلوك وفكر وعاطفة . فهذه المقومات ، سواء تغيرت من اساسها ام لم تتغير ، تبدوا غير متوافقة الواحدة مع الاخرى . فالسلوك لا يتناسب مع التفكير ، والفكرة لا تتوافق مع الشعور العاطفي الذي يصاحبها . وتظهر اعراض المرض باضطراب في السلوك او اختلال في الفكر او اضطراب في العاطفة ، او ان الحالة المرضية تظهر وهي مزيج من هذه كلها باقدار متفاوتة من التصدع والاختلال .

قد تبدأ الحالة المرضية بشكل حاد عنيف فيصاب المريض بتغير واضح في شخصيته في خلال يوم واحد وفي هذه الحالة لا يصعب على احد ملاحظة هذا الاختلاف المرضي فيه . اما بعض الحالات المرضية فتبدأ تدريجيا عبر بضع سنوات من التطور بحيث يتعذر حتى على الملازم للمريض ملاحظة الحالة المرضية الا بعد وصولها الى حد معين من الشدة والوضوح . ثم ان بعض المرضى يفلحون في اخفاء بعض اعراضهم المرضية مدة طويلة من الزمن ، او ينجحون في اعطاء تفسير مقبول ومنطقي لبعض الافكار المرضية التي تساورهم . كل هذه الحالات تجعل من الصعب ادراك ووصف الخصائص المرضية في الادوار الاولى من المرض عند عدد كبير من المصابين بمرض الشيزوفرينيا . وفي هذا دلالة على ان اعداداً كبيرة جدا من المرضى في ادوار مختلفة من المرض ينتشرون بين الناس ويقومون باعمالهم الاعتيادية دون ان يلاحظ احد بانهم مصابون بالمرض الشيزوفريني .

مقدمات المرض :

قد يصاب بمرض الشيزوفرينيا شخص عرف بأن شخصيته السابقة هي شخصية طبيعية ومتوازنة في مقوماتها وخصائصها النفسية ، وعرف بواقعيته وباتصاله الاجتماعي . ولكن مثل هذا يأتي في القلة من حالات الاصابة بمرض الشيزوفرينيا . واذا حدث ذلك ، فانه يحدث على اثر تعرض الفرد الى مؤاثرات نفسية او جسمية بالغة الشدة او حادة الوقوع مثل الرسوب والتغرب والزواج والولادة والخسارة المادية والفشل العاطفي او على اثر عملية جراحية او حمى او صدمة على

الرأس او ما شابهها من العوامل العاطفية او المادية العنيفة . ويعتقد الكثيرون من الخبراء ان هذه العوامل مهما كانت شدتها وحدتها لا تكفي لاحداث المرض اذا لم يكن هنالك في الفرد استعدادا تكوينيا يعطيه التهيأة اللازمة للاتجاه نحو المرض عند توفر الظروف والعوامل اللازمة لذلك . وقد يمكن ان تكون هذه التهيأة كامنة ومتسترة في شخصية المريض دون ان يظهر في تصرفاته او سلوكه او انفعالاته العاطفية ما يدلل على اي اتجاه نحو المرض . على ان اكثر الحالات المرضية تأتي وكأنها امتداد لمظاهر انحراف في الشخصية بدأت منذ سنوات طويلة قبل حدوث المرض العقلي الفعلي . وهذا الانحراف هو عادة في اتجاه الانطواء والانعزال . وتدل معظم نتائج الاستقصاء عن شخصيات المرضى ، ان معظمهم كانوا يتصفون بشخصيات انطوائية لعدة سنوات قبل اصابتهم بالمرض. وقد ادت هذه الملاحظة الى اعطاء مثل هذا النوع من الشخصية السابقة للمرضى التسمية بالشخصية الشيزيه Schizoid . وهي تصغير لحالة مرض الشيزوفرينيا . وقل ان نجد مريضا مصابا بهذا المرض لم يمر بفترة طويلة او قصيرة من خصائص هذه الشخصية ، واهم هذه الخصائص الرغبة في الانعزال والامعان في الخيال والتأمل على حساب الصلة الواقعية مع المحيط . وكثيرا ما يوصف هؤلاء في طفولتهم وفي حداثتهم بانهم مثل « الملاك » تدليلا على هدؤهم وتجنبهم لمشاكل الاطفال وهم في معظم الحالات يفضلون الدراسة والبقاء في البيت على اللعب مع غيرهم من الاطفال .

واذا فاتت ملاحظة ملامح الشخصية وخصائصها في سن الطفولة او الصبا فان دلائل الاستعداد للمرض في الكبر تظهر بوضوح الخصائص الانطوائية « الشيزية » في السلوك والمزاج العاطفي. واكثر هذه الخصائص وروداً في وصف حالة المريض قبل وقوعه في المرض هي : الانزواء وحب الانفراد وسرعة التأثر والهدوء والخجل وقد يتصف بعضهم بالحساسية والعصبية والانفعال ، ويتصف آخرون بالكسل وتجنب العمل او الدراسة وعدم الثبات او الاستمرار في اي شيء يوكل اليه او يسعى للحصول عليه . وهنالك فئة اخرى تتصف بالقلق

وتحمل المسؤولية، وتسعى نحو الكمال في ادائها بدون تساهل او انحراف. وهذه الانواع من الشخصية في مجموعها اكثر ورودا في تاريخ المريض السابق للمرض من اي نوع آخـــر من الشخصية . على ان ورودها ، وان كان ينذر بامكانية الوقوع في المرض ، الا انه لا يعني بأن هذه الامكانية ستتحقق بالفعل في معظم الحالات . وتطور المرض في الشخصية الشيزية قد يأتي بشكل تدريجي ، بحيث يصعب تعيين الحد الفاصل الذي انتقل فيه الفرد من حالته السابقة الى حـــالة المرض . وفي حالات اخرى يأتي هذا التطور بشكل حاد او شبه حاد، وخاصة اذا توفرت بعض العوامل الطارئة والمرسبة للمرض من عاطفية او جسمية وعندئذ تبرز اعراض المرض بوضوح تام يميزها على الخصائص السابقة للمرض .

المرض الفعلي

ان المريض بمرض الشيزوفرينيا يختلف في خصائص مرضه اختلافا بينا عن غيره من المرضى في الامراض العقلية الاخرى . فبينما المرضى بهذه الامراض يبدون وقد ابتعدو او انحرفوا بدرجة ما عن الحياة العقلية الطبيعية وفي حدود يمكن مقارنتها بغيرهم من الناس او بسابق حالتهم العقلية ، الا ان المريض بالشيزوفرينيا يبدو وقد تغير تماما عن سابق حياته العقلية ومعالم شخصيته التي عرف بها بحيث تتعذر اقامة الصلة او المقارنة بين حاضره وماضيه . وهذا التغير هو اساسي وجذري ، ويشمل مقومات الشخصية بكاملها . وعلى ذلك يصعب لمن تعود الاتصال معه ان يستمر في الوصول اليه واقـامة اي نوع طبيعي من العلاقات العاطفية او الفكرية معه . ويظهر المريض للناس وكأنه قد فقد التماس مع الواقع والتقيد بمتطلباته في تكييف سلوكه وردوده وانفعالاته . وبدلاً من ذلك ، فهو يخلق لنفسه عالما جديدا لا علاقة له بالواقع ، يملأه بافكاره ويضفي على من فيه صفات خاصة من نسج خياله . وبسبب هذا التغير ، فان سلوك المريض وانفعالاته العاطفية وطبيعة افكاره ومحتوياتها تبتعد كلها عن طبيعة السلوك الطبيعي والانفعالات الاعتيادية والتفكير الواقعي . وما دام لا شبيه

لهذه التغيرات في حياتنا الطبيعية او تجاربنا الخاصة ، فما من احد يستطيع النفاذ والوصول الى مصدر العمليات العقلية الغريبة والمعقدة التي يتميز بها المريض بمرض الشيزوفرينيا ، كما لا يستطيع احد مشاركته الفعلية في تفهم وتحسس وقبول هذه العمليات العقلية

اسباب المرض

سبب او اسباب مرض الشيزوفرينيا غير معروفة ، بالرغم من معرفة هذا المرض قرونا عديدة وبالرغم من الابحاث العلميه لتقصي هذه الاسباب خلال المئة سنة الاخيرة . ولعل الصعوبة في جلاء اسباب هذا المرض هي في ان مرض الشيزوفرينيا يشمل حالات مرضية متعددة ، لا من حيث شدة المرض وحدته فقط ، بل من حيث تعدد مضاهره. وهذا التعدد في مظاهر المرض يحمل على الاعتقاد بوجود اسباب مختلفة تؤدي الى هذه الحالات المختلفة . ثم ان عدم وضوح نقطة الابتداء في حالات مرضية عديدة ، يجعل البحث عن الاسباب المؤدية لها متأخرة عن أوانها. ثم ان من طبيعة المرض ان يفرض نمطا معينا من الحياة على المريض ، ونتيجة لذلك تحدث في جسم المريض تغيرات فسيولوجية وكيماوية وهرمونية . وفي حالات مزمنة كهذه ، بات من العسير على الباحث ان يضع الحدود الفارقة بين ما هو تغير يسبب المرض وما هو تغير بنتيجة المرض . ثم ان الوسائل العلاجية المختلفة التي استعملت في علاج مرض الشيزوفرينيا ما زالت غامضة في طريقة مفعولها واثرها العلاجي ، وهي لذلك لم تساعد كثيرا في جلاء الغموض عن الاسباب الاساسية والرئيسية لمرض الشيزوفرينيا .

★

لقد تقدم العلماء في اوقات مختلفة في تاريخ الطب بنظريات كثيرة في تعليل اسباب المرض بعضها جاء بالتأمل ، وبعضها اوحته الملاحظة ، وفي السنوات الاخيرة بنتيجة البحث العلمي. ومع المدى الواسع الذي ذهبت اليه هذه النظريات فما زلنا بعيدين عن تلمس السبب الصحيح للمرض . ومع ان معظم النظريات

المتتابعة قد بطلت لعدم استنادها على الحقائق العلمية الثابتة، الا ان في سردها باختصار بعض الفائدة .

(١) – لقد جاء اطباء اليونان وفي مقدمتهم « ابقراط » بنظرية الاخلاط ، وقد اعتبروا مرض الميلنخوليا (وهو مرض عقلي تشبه اوصافه القديمة الوصف الحديث لبعض حالات مرض الشيزوفرينيا) بانه اختلاط عقلي يحدث بسبب زيادة اخلاط العصارة السوداء وتجمعها في الدم وصعودها للدماغ . وقد اخذ اطباء العرب بهذه النظرية وعالجوا الرض بطرق تهدف الى التقليل من هذه الاخلاط . واليوم تعتبر هذه النظرية غير ذات ، بال وان كان هناك كثيرون يعتقدون بنظريات مشابهة لها من حيث علاقة التغذية الخاصة بتفاعلات الخلايا الدماغية وبالتالي بالوظائف العقلية لهذه الخلايا .

(٢) – وفي القرن التاسع عشر جاء الباحثون ومعظمهم من العلماء الالمان بنظرية مادية للمرض فعزوه الى اسباب عضوية في الدماغ تؤدي الى تآكل او ضمور في بعض الخلايا الدماغية ، وقدموا في حينه اثباتات عينية ومجهرية لدعم حججهم . على ان الابحاث الدقيقة في السنوات الاخيرة لم تقدم اي اسناد لهذه النظريات وتبين ان بعض ملاحظاتهم بنيت على اخطاء فنية لا علاقة لها بالمرض، وان بعض هذه الملاحظات بني على نتائج المرض في خلايا الدماغ وليس على سبب المرض . ومع ذلك فهنالك بعض العلماء في الوقت الحاضر الذين يصرون على توفر اسباب وتغيرات عضوية مادية في دماغ المريض بالشيزوفرينيا .

(٣) – وفي وقت مقارب للنظرية المادية الآنفة الذكر انتشرت نظرية اخرى تفسر المرض على اساس من الاختلال في افرازات الغدد الهرمونية الصماء. وادى ذلك الى استعمال واسع لمختلف الهرمونات وبمقادير كبيرة لعلاج المرض . وبنتيجة الابحاث الكثيرة تبين عدم وجود علاقة مباشرة بين الغدد الصماء ومرض الشيزوفرينيا بما في ذلك الغدد الصماء الجنسية . على ان العلاقة بين الغدة الدرقية ومرض الشيزوفرينيا ما زالت تثير بعض البحث والاهتمام وان كان ذلك في

نطاق محدود من الحالات المرضية الشيزوفرينية (الكاتاتونيا) .

(٤) - نظرية تربط بين هذا المرض وبين خصائص البنية الجسمية. واوسع الدراسات القياسية في هـذا الموضوع هي التي جاء بها العالم الالماني « كريشمر Kretchmer » في كتابه عن « البنية والمزاج » . والتي ربط فيها بـين البنيـة الناحلة وبين المزاج الانطوائي الشيزي الذي قد ينتهي بمرض الشيزوفرينيا . والواقع ان الكثيرين من المرضى بالشيزوفرينيا هم ذوي بنية ناحلة . على ان البنية الناحلة ليست السبب في الحالة العقليـة ولعل الارتباط بينهما مقرر باستعدادات وراثية .

(٥) — وفي اعقاب النظرية الهرمونية، جاءت نظرية اخرى تفسر المرض تفسيرا كيماويا. وقد ساعد في تبني هذه النظرية لفترة من الزمن اكتشاف المعالجة بالانسولين . ومن التفسيرات التي اعطيت لاثر هذا العلاج ان المرض ناتج عن تأثر خلايا الدماغ بالتفاعلات الغذائية النشوية ، وان الانسلين بشكل مباشر يضـع هذه التفاعلات في نطاق طبيعي . وفي هذه الفـترة (الانسولينية) من تاريخ مرض الشيزوفرينيا قام العلماء بمئات الابحـاث الكيمياوية في محاولة تفسير اسباب المرض .

(٦) -- نظرية حديثة : تقول بان مرض الشيزوفرينيا ناتج عن مادة سامة يأخذها المريض من الخارج في غذائه او شرابه او من داخل الجسم نتيجة تجمع زائد لبعض المواد الموجودة اعتياديا في الجسم او لنفاياها الكيمياوية التي تؤثر في خلايا الدماغ وتؤدي الى اختلال في الميزان العقلي . وجاءت هذه النظرية على اثر ملاحظـات متفرقة ، منها ان « مـــادة المسكالين Mescaline » تحدث مؤقتا في من يتناولها حالة عقلية مماثلة لمرض الشيزوفرينيا. واتجه الاهتمام بعد ذلك الى مادة اخرى هي مادة ال « ل س د L S D » وهي ايضا تحـدث حالة مماثلة لمرض الشيزوفرينيا . ولما كانت هـذه المادة تشبه في بعض تركيبها الكيمياوي مادة « السيرتونين Sertonin الموجودة طبيعيا في الدماغ، فقد توجه

الاهتمام والبحث الى خصائص هذه المادة والى تفاعلاتها الكيمياوية التي يظن بانها غير طبيعية في ادمغة المصابين بمرض الشيزوفرينيـا . غير ان الابحاث العديدة عن تفاعلات هذه المادة وغيرهـا مما يظن ان لها علاقة بالموضوع مثل مادة «الادرنلين» ومادة «السمباثين» ومادة تراكسين Taraxein وغيرها، لم تنتهي بعد الى رأي حاسم يكشف النقاب عن امكانية العلاقة بين هذه المواد وبين مرض الشيزوفرينيا .

(٧) — ومن النظريات الحديثة في اسباب الشيزوفرينيا نظرية تشير الى امكانية تسبب المرض بنتيجة الاصابة باحدى الفيروزات . Viruses . وقد بني هذا الرأي على اساس الملاحظة بان بعض الامراض التي تسببها هذه الجراثيم قد يصاحبها بعض الاعراض العقلية . على ان مثل هذه الصلة لم تثبت حتى الآن كما انه لا يعرف اي الفيروزات هو المسبب للمرض .

(٨) — النظرية الوراثية . وهي تقضي بان مرض الشيزوفرينيا مرض وراثي . وقد جرت محاولات لتطبيق قواعد مندل في الوراثة على هذا المرض ، ولقيت النظرية قبولا في بعض الاوساط خاصة في المانيـا قبل الحرب العالمية الثانية ، وطبقت بحق المرضى اجراءات حددت من حريتهم الشخصية في المجتمع فاجبروا على اجراء عملية للعقم منعا لانتشار المرض وتكاثره . ان الحقائق الاحصائية تثبت بدون شك اهمية العامل الوراثي لمرض الشيزوفرينيا . وهي تفيد بان ١٠ الى ٢٠ في المئة من اولاد المصابين بالمرض يصـابون بالمرض ايضا . وذلك مقابل حوالي النصف من الواحد في المئة في المجتمع بشكل عام . وهذا يدل على توفر زيادة تقدر بين ٢٠ و ٤٠ ضعفا بين اولاد المصابين على غيرهم من الأصحاء . على ان هذا الاجراء بالعقم الاجباري يعتبره الكثيرون تعسفا لا مبرر او فائدة له . ذلك ان الاكثرية من مرضى الشيزوفرينيـا يولدون من آباء وامهات غير مرضى بالمرض، وتعقيم المصابين سيقلل من التكاثر المرضي، ولكن ليس الى الحد الكبير الذي تصوره المشرعون لهذا القانون . ثم ان هنالك دائما الامكانية في ان ثمانية اطفال

على الاقل من كل عشرة اطفال يولدون للمصاب بالمرض وهم اصحاء من المرض . ولعل اقوى الحجج في بيان الحقيقة الوراثية في مرض الشيزوفرينيا هي الدراسات على التوائم المتشابهة التي قام بها الباحثون المختلفون ، وقد افادت هذه الدراسات بانه في حالة اصابة واحد من التوائم بالمرض ، فامكانية اصـــابة الثاني تقع في حدود احصائية بين ٦٧ الى ٨٦ بالمئة . ويفسر الاخصائيون نجاة الباقين من المرض لاسباب محيطية كان تقدم البيئة ظروفا ملائمة تقي التوائم من الوقوع في المرض . امـا نسبة امكانية المرض بين التوائم الغير متشابهة في حالة وقوع احدهم مريضا فهي ١٤٪ . هذا وما زالت طريقة الانتقال الوراثي غير واضحة ، وتشير بعض النظريات الى ان الانتقال يتم بواسطة عامل وراثي كامن Recessive ويجب ان يكون هذا العامل متوفرا في كلي الوالدين لكي يكون المرض ممكنا .

وفيما يلي بعض الحقائق الاحصائية التي قـــام بجمعها وتدقيقها فريق من الباحثين في موضوع وراثة المرض . ومن الامعان في هذه الحقائق يتضح مبلـغ اهمية العامل الوراثي – مهما كانت طريقة وقواعد انتقاله – في تسبيب المرض . فقد وجدت في اقرباء المرضي بالشيزوفرينيا النسب التالية من المصابين بالمرض ومن المصابين باضطراب الشخصية « الشيزية » . واذا قورنت هذه النسب بنسبة وقوع المرض بين النـــاس عامة يتبين الفرق الهائل بينهما ، واتضح اثر العامل الوراثي في تسبيب المرض : –

من اقرباء المرضى بالشيزوفرينيا	نسبة المصابين بالشيزوفرينيا	نسبة المصابين بالشخصية الشيزية
	٪	٪
الاولاد	١٦،٤	٣٢،٦
ابناء وبنات الاخ والاخت	٣،٠	١٣،٨
الاحفاد	–	٣،٩
ابناء وبنات الاخوة من الاحفاد	١،٦	١،٩
ابناء وبنات العم	١،٨	١٠،٢
عامة الناس	٠،٨٥	٢،٩

وهنالك احصائيات تدل على ارتفاع هذه النسب الى حد كبير في حالة كون احد الزوجين مريضا والآخر غير سليم الشخصية او مريضا بالفعل . ففي الحالة الاخيرة قد تصل نسبة المرضى بين الاولاد الى خمسين بالمئـــة ، واذا احصيت الامكانية المرضية الاخرى من نفسية وعقلية فقد تبلغ حوالي الـ ٨٥ في المئة من بين الاولاد .

ان هذه الاحصائيات ان صدقت ، وبعضها قد جمع بجهد ودقة عظيمتين ، فهي لا تترك مجـــالا للشك في اهمية العامل الوراثي في ايراث الاستعداد التكويني للمرض . غير ان هنالك من يشككون في قيمة العامل الوراثي ويعزون النسب الواردة عن كثرة المرض في بعض العائلات دون غيرهـــا الى مؤثرات « البيئة المرضية » التي يحياها افراد هذه العائلات . وهذه هي النظرية التالية .

(٩) -- النظرية الاجتماعية النفسية : وهذه النظرية ترى ان سبب المرض يرد الى خطأ في العلاقات العاطفية التي تربط الفرد مع المجتمع الذي يعيش فيه وخاصة مع والديه وافراد عائلته . فالطفل المقدر له ان يصاب بمرض الشيزوفرينيا في الكبر كما تفيد هذه النظرية ، هو من الاساس يعـــاني من ظروف عاطفية غير طبيعية وغير ملائمة. وتوجه النظرية الجزء الأكبر من المسؤولية في خطأ العلاقات العاطفية الى الام ، وبدرجة اقل الى الأب . وممـــا يساهم في هذا الخطأ هو الغموض الذي يحيط بهذه العلاقات ، لا بين الطفل ووالديه فقط ، بل بين الوالدين الواحد مع الآخر ، وبسبب ذلك يجد الطفل ان من الصعب عليه ان يجد مكانه في العائلة وتعيين دوره فيها ، وهذا يحتم عليه ضرورة الانعزال ، مما يؤدي الى الحد من نموه الاجتماعي. فاذا كبر وتعرض الى ما لا عد له من المشاكل الاجتماعية والعاطفية والثقافية ، لم يجد في نفسه القدرة على تناولها بالحل ، وهذا يدفع به الى النزوع عن التماس بالواقع وتفضيل الحيـــاة العقلية الخيالية ، وبالتالي الى الوقوع في مرض الشيزوفرينيا . وهنالك من يرى بان الظروف العاطفية الغير ملائمة ، بمـا تفرضه من عزلة على الذي يعانيها ، قد تؤدي وحدها وبدون استعداد سابق في الطفولة الى الاصابة بمرض الشيزوفرينيا .

وبسبب هذه النظرية فقد توجه الاهتمام في السنوات الاخيرة الى القيام بدراسات عائلية واجتماعية واسعة ، لا تشمل المريض فقط ، بل الافراد من عائلته او مجتمعه الذين لهم صلة به . وتعتبر جامعة يل Yale في امريكا اهم المراكز في العالم التي تتوفر الآن على دراسة الشيزوفرينيا في النطاق العائلي والاجتماعي ، فاذا ادخل المريض الى هذا المركز ، ادخل معه في نفس الوقت من اتصل به اتصالا وثيقا من افراد عائلته . واخضع الجميع الى دراسات سايكولوجية واسعة تستهدف الوقوع على مواطن الخطأ في العلاقات القائمة بين المريض ومحيطه وعائلته .

(١٠) – النظريات النفسية . وهي كثيرة . فيونغ يرى ان المرض ينتج عن عقد مدفونة في اللاوعي ، وان هذه العقد هامة في احداث الاعراض المرضية . ويرى ماير ان المرض هو نتيجة استمرار الفرد في العجز عن تكييف نفسه مما يؤدي الى قيام ردود فعل بايولوجية مريضة . ونظرية ثالثة ترى في المرض نهاية طبيعية لأولئك الذين ينطوون على انفسهم وينعزلون عن الناس ويبتعدون عن الواقع، وخاصة اذا كانت وراثتهم قد حملتهم عبئا ثقيلا من الاستعداد للمرض . ولجميع هذه النظريات اهمية في تفسير الكثير من حالات الشيزوفرينيا . على ان من الواضح ان قيام المرض يعتمد على عوامل كثيرة في الحالة المرضية الواحدة ويشك في ان اي عامل منها مادي او نفسي مهما كانت شدته يكفي لوحده لاحداث المرض اذا لم يتوفر الاستعداد التكويني للاصابة بالمرض .

اعراض مرض الشيزوفرينيا

اعراض مرض الشيزوفرينيا كثيرة ومتنوعة وهي لا تتوفر جميعها في الحالة المرضية الواحدة فقد تقل او تكثر بصرف النظر عن شدة المرض وحدته وحظه في الشفاء . والدلالة على وجود المرض ليست في توفر عارض او آخر بقدر ما تأتي من الانطباع الكلي بوجود تصدع في كيان الشخصية وانعدام التوازن في

مقومات الحيـــاة النفسية ، وهو الواقع الذي اعطى التسمية الملائمة للمرض بالشيزوفرينيا او «انقسام الشخصية» . وبسبب هذا الانقسام،فانا نجد الاعراض المرضية في مختلف النواحي التي تتألف منهـــا هذه المقومات ، وهي السلوك والعاطفة والفكر . وبالاضافة الى الاعراض المرضية الواردة في هذه المجالات فان اهم ما في الحالة المرضية هو عدم التناسق والتوازن والتوافق بين هذه المقومات فيظهر كل واحد منها « وكأنه قائم بنفسه غير محمول على سواه » . والاعراض المرضية في المرض غير ثابتة فهي في تغير وتطور مستمرين ، وعلى ذلك فان المريض في رحلته المرضية يمر بادوار تتوالي فيها الاعراض والصور المرضيةبسرعة او ببطيء حسب خصائص الحالة المرضية الواحدة .

الاعراض السلوكية

وهو المجال الاول من مجالات الاضطراب في شخصية المريض المصـــاب بالشيزوفرينيا . وقد يأتي الاضطراب في السلوك مفاجأة في الحالات الحـادة ، وقد يكون تدريجيا ، ويتطور من الشذوذ السلوكي في الشخصية الشيزية فيشتد انطواء المريض ، وقد يؤدي ذلك الى انقطــاعه عن العمل او المدرسة ، وقد يترك البيت اياما متتالية بدون تفسير مقنع ، ومنهم من يتصرف مع الغير بشكل ينم عن الشك في نواياهم او يبدو سريع التأثر كثير المشاكسة حاد الانفعـال . وبعضهم يهمل القيام بواجبه او دراسته ويتهرب من ذلك متذرعا اما باعراض جسمية من تعب او صداع وامـــا بحوادث وملاحظات لا تستند على اساس . والكثير من المرضى تظهر عليهم بوادر الاهمال لانفسهم من ناحية الملبس والنظافة والنوم والطعام وقد يأتي بعضهم بحركات واعمال واقوال ليس لها ما يفسرها او ما يستدعي قيامها حسب القواعد السببية في الحياة الاعتيادية . وكثيرا مـــا نلاحظ التوجه نحو التأمل والتدين والانعـكاف كبدايه مرضية في العديد من المرضي .

الاعراض العاطفية

في بعض الحالات يكون الاضطراب اكثر وضوحا في الناحية العاطفية منه السلوك . ويظهر ذلك على اشكال مختلفة ومتباينة احيانا ، كان يكون سريع التأثر والانفعال او عديم الاكتراث والردود العاطفية ، فيبدو حساسا او يبدو قلقا وهكذا بالتوالي. وقد يضفي على موضوع او شخص معين عاطفتين متضادتين في آن واحد فيحبه ويكرهه . وقد تتبلد عاطفته فتصبح ضحلة عابرة او يبدو وكأنه في غفلة عن كل ما يحرك العاطفة في نفسه . وفي بعض المرضى قد تفيض العاطفة في غير مكانها وزمانها ؛ فالذي يثير الأسى في واقع الناس يثير الضحك في نفسه والعكس بالعكس . وقد تتأخر ردوده العاطفية لتجربة ما ساعات واياما وقد تستبق حدوث التجربة ازمانا متفاوتة . واذا امعنا النظر في ردود المريض العاطفية في موقف مـا ، وجدنا ان هذه الردود لا تناسب او تطابق مقتضيات ما يصاحبها من فكر او سلوك . وانعدام المطابقة هذه من اكثر الاضطرابات العاطفية وضوحا في مرض الشيزوفرينيا .

الاعراض العقلية

اما الاضطراب في الملكات العقلية فهو واسع في حدوده ودرجاتة . واكثر هذه الاضطرابات تقع في نطاق الاوهام العقلية « Delusions » والاوهام الحسية (الهلوسة Hallucinations) . ففي الحالة الاولى قد يشك المريض بان الآخرين يتحدثون عنه . ويسخرون منه او يتآمرون علية . وان في الامور التي تحدث او تقال حتى في منأى عنه صلة به وقصد عليه ، وقد يظن نفسه مضطهدا او مراقبا او مكروها ، او فقيرا معدما ، وقد يرى في نفسه عكس ذلك ذا قدرة وجاه وسلطة وحسب ونسب . ومنهم من ينسب الى نفسه صلات في الحب او الزواج وحتى الاولاد لا تقوم على اساس . وقد يدعي لنفسه القيام باعمال خارقة او المقدرة على الاتيان بهـا في مجالات لم يتوفر في ثقافته على شيء منها . وبعض المرضى يشكون في ان عقولهم تدار بتأثير من قريب او بعيد سواء كان المؤثر

انسانا او جهازا لاسلكيا او نورا يتوالى اشعاعه من جرم او نجم سمائي . وغير ذلك من الاعراض العقلية الكثيرة .

انواع المرض

تتوفر تقسيمات متعددة لمرض الشيزوفرينيا ، ويجمع هذه التقسيمات خضوعها الطبيعة الكلية للمرض والتي نوحي بتصدع الشخصية وانقسامها وانعدام توازنها. وبعض المؤلفين يكتفون بالمرض بدون تقسيمه الى انواع وبعضهم يصنفه الىاقسام قليلة ، وبعضهم يزيد في عملية التقسيم حتىبلغت العشرات عندهم. ولعل من المفيد ان اقتصر على الانواع المرضية الاربعة التي ترد في معظمالكتب والمصادر الطبية.

الشيزوفرينيا البسيطة Simplex

وفي هذا النوع يبدأ المرض بشكل تدريجي، وتكثر فيهذا النوع الاعراض الجسمية كالصداع والاضطراباتالهضمية كما يتجه ميل المريض الى العزلة والانزواء ويبدو عديم الاهتمام والاكتراث قليل الدافع والرغبة للقيام بأي عمل.

الهيبفرينيا Hebephrenia

وهذا نوع يشبه النوع البسيط من حيث تطوره ومن حيث خصـــائص الشخصية الانطوائية الخيالية السابقة للمرض، الا انه اكثر شدة ، وحدوثه اكثر حدة ، والاوهام والهلاوس المرضية اكثر وضوحا في المريض .

الكاتاتونيا Catatonia

وهو النوع المرضي الذي تتداول فيه على المريض ادوار متعاقبة من الكآبة ثم التهيج ثم الخمول . وهذا النوع من المرض يبدأ بشكل اكثر حدة من النوعين السابقين ويكون الانتقال فيه من دور الىآخر بشكلسريـع بعد فترة قصيرة او طويلة من البقاء في الدور الواحد .

وهو النوع الذي يبدأ عادة في سن متأخرة نسبيا اي بعد الثلاثين . ويحافظ فيه المريض عادة على المظاهر الخارجية لتوازن شخصيته، ولكنه يحتفظ بوهم عقلي او بمجموعة من الاوهام ترتكز عادة على موضوع معين . وقد تتغير نقطة الارتكاز مع مرور الزمن، على ان بعض المرضى يظلون متمسكين بأوهام معينة وثابتة طوال مرضهم وهذه هي الحالات المعروفة بمرض البارانويا الشيزوفرينية .

مصير المرض

ان اهم ما يهم الطبيب واهل المريض في مرض الشيزوفرينيا ، هو المصير النهائي للحالة المرضية وحظ المريض في الشفاء . وتقدير هذا المصير ، وحظ المريض منه ، امور صعبة التقدير والتشوف . ويمكن القول بشكل اجمالي عام ان مرض الشيزوفرينيا مرض بالغ الخطورة وانه لا يمكن التقليل من هذا الاعتبار في اي حالة من الحالات المشمولة بهذه التسمية المرضية . وللتأكيد على هذه النظرية المصيرية للمرض يذهب بعض الاخصائيين الى ترديد القول « اصابة بالشيزوفرينيا معناها شيزوفرينيا دائمية » . ومع ان هذا القول لا ينطبق على الواقع ، بالنظر للحقيقة القائمة في ان عددا كبيرا من المرضى يشفون تماما بعد الاصابة الاولى ولا يعاودهم المرض طوال حياتهم ، الا ان في قولهم التشاؤمي هذا ما يهدف الى تأكيد خطورة هذا المرض وصعوبة تقرير مصيره مسبقا والى ان الاصابة بالمرض تشير الى استعداد اساسي في الفرد وان هذا الاستعداد لا يزول حتى ولو شفي المريض من مرضه . وهنالك من الاخصائيين من يجزم بان المريض اذا شفي من مرضه وظل سليما من المرض فان مرضه لم يكن مرضا شيزوفرينيا لان هذا لا يشفي ابدا .

ومع الصعوبة المتناهية فيتقرير مصير المرض، الا ان تجمع الخبرة للاخصائيين في الموضوع ، قد افاد ببعض القواعد العامة عن مصير المرض بشكل اجمالي وفي

الحالات الفردية. وهذه القواعد يجب ان لا تعطي صفة الجزم ، بل يجب اخضاعها دوما للملاحظة والتتبع والاحتراز . فكثيرا ما جزم بعض الاطباء بالشفاء او انذروا بدوام المرض وكانت النتيجة على عكس ما اسرعوا التنبؤ به . والقواعد الاجمالية — هي ان مرض الشيزوفرينيا مرض بالغ الخطورة ، وانه يتطور في النهاية الى تصدع وتحلل في كيـان الشخصية ، وان الشفاء التام من المرض بعد تتبع لاعداد كبيرة من المرضى لبضع سنين يتراوح بـين ٧ الى ٢٤ في المئة . او بمعدل ١٥ في المئة . وحتى في هؤلاء فان من الخطأ التسرع بالجزم بان المرض سوف لا يعاودهم ، فهنالك بعض الحالات التي نالها الشفاء ثم عاودها المرض بعد عشرين او ثلاثين عاما او يزيد . وبالاضافة الى هذه النسبة القليلة من الشفاء التام فهنالك نسبة اعلى من الشفاء الذي اصطلح عليه « بالشفاء الاجتماعي » وتقدر هذه النسبة بحوالي ٣٥ في المئة من الحالات المرضية . وفي هذا النوع من الشفاء يظل المريض يعاني من درجة من درجات المرض ، الا ان ذلك لا يمنعه من الحياة في المجتمع ولو بقابلية محدودة على العمل والتمتع بواقع الحياة . ومن الواضح ان التوسع في مسؤوليات الحياة والشدة في واقعها قد تدفع ببعض هؤلاء الى حالة المرض الفعلي ، وهذا يفرض ضرورة تجنيبنا لهم زيادة المسؤولية والارهاق في تحمل اعباء الحياة . ويمكن القول بشكل عام ان واحدا من كل اربعة يقعون في المرض له حظ في الشفاء وآخر له حظ في الشفاء الاجتماعي ، والاثنان الباقيان يظلان مريضين طوال الحياة . اما مدى تأثر هذه النسب بطرق المعالجة المختلفة ، فللباحثين نتائج متباينة ، واغلب هذا التباين ناجم عن اختلاف الحالات التي اختيرت للعـلاج وعلى الزمن الذي انقضى على المرض قبل بدء العلاج ، وسيرد بيان ذلك في الجزء التالي والخاص بالعلاج . وهنالك اتفاق واسع بين الاطباء في ان وسائل العلاج الحديثة اكثر افادة في المرضى المصابين في السنة الاولى من مرضهم وان هذه الفائدة تقل بسرعة بعد انقضاء السنة الاولى . ثم ان العـلاج يفيد اولئك الذين من طبيعة مرضهم اعطاء حظ اكبر من الشفاء . وهنالك ادلة احصائية تفيد بان العلاج يزيد في نسبة المرضى الذين يشفون « شفاء اجتماعيا » .

هذا عن مصير المرض بشكل اجمالي ، وفيه يتبين ان مصير المرض ما زال بالرغم من وسائل العلاج الحديثة يتقرر بطبيعة المرض الى حد كبير . وفيما يلي بعض العوامل والمظاهر المرضية التي تساعد على اعطاء حكم مسبق عن مصير المرض وحظ المريض في الشفاء او عدمه . ولما كانت بعض هذه العوامل متضاربة الأثر ، وقد تشترك في الحالة المرضية الواحدة ، فقد يكون من الصعب الوصول الى تقدير واضح لمصير الحالة المرضية .

العوامل الملائمة للشفاء

١ – الابتداء المرضي بشكل حاد . وتقدر نسبة الشفاء في مثل هذه الحالات بـ ٧٠٪ وكلما كان الابتداء حادا كلما كان المصير المرضي اكثر ملائمة والمريض اكثر حظا بالشفاء .

٢ – قصر مدة الاعراض المرضية . فالحالات المرضية التي يقل فيها عمر الاعراض المرضية عن ستة شهور لها اكثر من ضعفي الحظ في الشفاء من تلك الحالات التي استمرت فيها الاعراض المرضية سنتين او اكثر .

٣ – الشخصية المتوازنة الطبيعية قبل المرض . وخاصة في مجال العمل والاتصال الاجتماعي والعلاقات الجنسية. كل هذه تشير الى كيان متماسك في الشخصية له قدرة اعظم على مقاومة الانهيار العقلي ، وحظاً اوفر في الشفاء .

٤ – توفر عامل مرسب للمرض . فوجود عامل معين سابق للمرض وفعال في ترسيبة دليل على حسن مصير المرض ، وخاصة اذا كان هذا العامل ذا طبيعة طارئة وموقتة او من الممكن ازالته . مثل ذلك ان يحدث المرض بعد صدمة نفسية او عاطفية او فشل في الزواج او بعد عارض جسمي كالحمى او العمليات الجراحية او على اثر الولادة او غير ذلك من العوامل . على انه من الضروري امعان النظر فيما اذا كانت بعض هذه العوامل السابقة للمرض هي نتيجة ام سببا للمرض . فكثيرا ما يظهر وكان حادثا معينا قد دفع بالمرض الى الظهور ، بينما

في الواقع يكون ذلك الحادث اول مظهر للحـــالة المرضية وبذلك يكون من اعراضها الاولى، ولهذا السبب يكون حكمه في مصير المرض غير حكمه فيما لو كان بالفعل عاملا مرسبا للمرض .

– السن المتأخرة لحدوث المرض خاصة بعد الثلاثين . فكلما تأخر السن الذي يقع فيه المرض، كلما اشار ذلك الى مصير احسن وحتى لو ازمن المرض فانه عادة يسمح للمريض بالبقــاء ضمن النطاق الاجتماعي محتفظا بقدر كبير من تماسك الشخصية .

٦ – عدم المطابقة لاوصاف المرض . فكلما كانت الحالة المرضية تتميز بالبعد في بعض اعراضها عن الاوصاف الاساسية للمرض كلما بشر ذلك بامكانية احسن للشفاء وخاصة اذا غلبت اعراض « التهيج والكآبة » على صورة المرض . ثم ان بروز الانفال الكآبي بصفة خاصة يحمل للمريض حظا اوفر واسرع للشفاء .

٧ – توفر الانفعال العاطفي وبقائه متوازنا ومتوافقا مع الفكر والسلوك ، وتحسس المريض وادراكه الى حد ما بعملية المرض ، وتركيز اعراض اضطرابه العقلي على حادث او موضوع معين اثار الحالة المرضية ، كل هذه تشير الى مصير افضل للحالة المرضية .

٨ – وراثة نقية من الامراض العقلية والنفسية . ويختلف بعض الاخصائيين في الاتفاق على هذا الامر . فبعضهم ينفي أن يكون للوراثة اهمية في تقرير مصير المرض، وبعض آخر يرى ان وجود مثل هذه الوراثة يدلل على مصـــير احسن للمرض من وراثة نقية . وبهذا يمكن التقليل من اهمية العامل الوراثي في تقرير مصير المرض .

العوامل الغير ملائمة للشفاء

وهي باختصار عكس ما تضمنته الملاحظات السابقة عن العوامل الملائمة :–

١ – ابتداء وتطور تدريجي للمرض خلال اشهر او سنين ينذر بمصير خطير للمرض .

٢ – مدة طويلة للمرض . فكلما طالت مدة المرض بعد السنة الاولى كلما كان حظ المريض من الشفاء اقل ، سواء كان ذلك تلقائيا او باستعمال العلاج . ثم ان تعثر المريض في فترات متقاربة بين الشفاء والمرض ينذر بعاقبة غير مرضية وغير مشجعة على الشفاء .

٣ – الشخصية الانطوائية الانعزالية لا تساعد على الشفاء . فاذا تبين بان المريض كان يتصف لمدة طويلة في طفولته او حداثته بالاتجاه نحو العزلة والخيال وتجنب اللعب والاصدقاء وانه كان يؤثر على ذلك ان يقبع في البيت ليقرأ او ليداعب خيالات واحلام اليقظة ، مثل هذا اذا اصابه المرض كان من الصعب شفاؤه وكان في مرضه النهاية الحتمية لاتجاه شخصيته المريضة نحو المرض الفعلي .

٤ – ظهور المرض تلقائيا وبدون عامل نفسي او جسمي واضح في ترسيب الحالة المرضية . مثل هذا الامر يدل على ان الاستعداد الدافع نحو المرض شديد وكاف لوحده لاحداث الحالة المرضية . وكلما ازدادت قوة هذا الاستعداد الاساسي الاصيل للمرض ، كلما قل لزوم العوامل النفسية والجسمية الخارجية لترسيب الحالة المرضية وكلما قل حظ المريض في الشفاء .

٥ – السن المبكرة للمرض وخاصة قبل العشرين تنذر بنهاية سيئة للمرض ، وخاصة اذا بدا المرض بدون المزيد من عوامل الارهاق . على انه يجب الاحتراز بالقول ان بعض الحالات المرضية التي تحدث في سن البلوغ والمراهقة والتي تشبه مرض الشيزوفرينيا شبها تماما تشفي تماما بعد انقضاء هذه الفترة من حياة المريض . ومثل هذه الملاحظة يجب ان تجعل الطبيب في حذر من اعطاء مصير في اتجاه الشفاء او عدمه في مثل هذا العمر . ويفضل في مثل هذه الحالات ان يشخص المرض على انه انفعال « يشبه الشيزوفرينيا » ، ويظل التشخيص موقوفا الى ان يستقر المرض على حال معين . اما ابتداء المرض بين العشرين والثلاثين

فاهميته المصيرية مختلف عليها ، فمنهم من يؤكد الفائدة للمريض ومنهم عكس ذلك . ويصعب تقرير هذا الأمر بالنظر الى ان الجزء الاكبر من حالات المرض يقع في هذا العقد الثالث من الحياة . وعلى الاجمال فان وقوع المرض في اي سن قبل الثلاثين لا يبشر بمصير حسن للمريض .

٦ — مطابقه المرض لاوصاف المرض الاساسية وعدم ظهور اعراض لانفعالات عقلية كالمانيــــا والكآبة . وهنا يجب التأكيد ان مصير المرض لا يتقرر بطبيعة ومدى الاعراض الفردية للمرض ، كما انه لا يتقرر بشدة هــذه الاعراض ولا بابتعاد خيالات وتصورات المريض عن الواقع . وهنالك حالات في غاية الشدة انتهت بانحسار المرض وزواله بشكل عام ، وهنالك على عكس ذلك حالات كثيرة قلت فيها الاعراض المرضية ولكنهــــا استمرت في التدهور الى اشد درجات الانقسام العقلي .

٧ — عدم تحسس المريض بمرضه وقلة او انعدام ردوده العاطفية بالنسبة لمرضه وبالنسبة لصلاته البيتية او الاجتماعية . كلها لا تبشر بخير له . فكلما قلت بصيرة المريض بمرضه ، وكلما زاد جموده العاطفي ، وكلما أمعن في الابتعاد عن التماس بالواقع ، كلما انذر ذلك بفقدان الامل في الشفاء .

واختصارا لما اوردناه ، يمكن القول الى ان الابتداء الحاد والسريع للمرض ، ووجود عامل مرسب نفسي او جسمي ، وتوفر شخصية طبيعية متوازنة قبل المرض ، والاحتفاظ بقدر من البصيرة والتحسس العاطفي ، ووجود شوائب من انفعالات اخرى كالكآبة ، والسن المتأخرة ، كل هذه تعطي مصيرا ملائما للمرض . وعكس ذلك ، فالابتداء التدريجي والمزمن وبدون توفر عامل مرسب ، في مريض عرف باللاواقعية والانطواء قبل مرضه بزمن طويل ، مقرونا بحداثة السن ، وخلو الحياة العاطفية من الانفعالات ، او ضحالة هذه الانفعالات ، يضاف الى ذلك وجود وراثة مرضية لم يكن مصيرها الشفاء ، كل هذه تنذر باتجاه ينتهي غالبا بتحطيم كيان الشخصية وازمان المرض .

واضافة الى ما ذكر فان هنالك بعض الاخصائيين ممن يقيمون وزنا في تقرير مصير المرض الى امور اخرى مثل كون المريض ذكراً او انثى ويعطون حظـا اوفر للمرأة في الشفاء ، او الى ذكاء المريض ويقررون مصيرا احسن للذكي على من هم دونه ذكاء ، او الى خواص التكوين البنيوي للمريض ، فالنحيل البنية اقل حظاً من البدين . ولعل لبعض هذه الملاحظات اثرها ، ولكن هذا الاثر اذا وجد فهو يعمل ضمن مجوعة اوسع من العوامل التي سبق ذكرها . والاحاطة بهذه العوامل احاطة وافية كاملة من الصعوبة بمكان وهذا يؤكد ما اوردناه في مطلع هذا البحث عن صعوبة تقدير مصير المرض الشيزوفريني تقديرا خاليـاً من الخطأ .

العلاج

لقد مر علاج مرض الشيزوفرينيا في مراحل مختلفة . وتتبـع هذه المراحل هو بالفعل تتبـع لتطور مفهوم الامراض العقلية وعلاجها عبر العصور . ويمكن القول بان ما من وسيلة تستهدف التأثير او التغير في طبيعة الانسان الا واستعملت في وقت مـا في علاج هذا المرض . ففي باب التغذية استعملت الحمية واستعمل عكسها ، وفي المعاملة استعملت الشدة بضروبها المختلفة ، واستعمل اللين والرفق ، وحجر المريض احيانا واطلق احيـانا . ولجأ الاطباء الى عمليات الفصد للدم والمسهلات ، كما لجأوا الى انواع شتى من اخلاط الاعشاب والادوية . ووصفت الحمامات الباردة او الحارة منذ عصور . يضاف الى ذلك ضروب الشعوذة المختلفة التي مارسها المطببون قديما وحديثا ، والتي ما زالت ملجأ لبعض الناس في بعض اطوار المرض او عند فشل الاطباء في العلاج . وفي القرن الاخير اتجه علاج هذا المرض اتجاها علميا ماديا واعطى العلاج الذي يناسب النظرية السببية للمرض . فاستعمل الاطباء عصارات الغدد الصماء (الهرمونات) على انواعها ، كما استعملوا الحقن التي ترفع حرارة الجسم ، ونقلت الملاريا الى المريض ، واجريت مختلف العمليات الجراحية ، وعولجت « نقاط الالتهـاب » اينما وجدت في الجسم على

اعتبار انها مراكز تنفث السموم التي تشيع في الجسم ومنه الى الدماغ فتحدث المرض ، وهكذا مما لا حد له من وسائل التفنن في العلاج . وبطبيعة الحال فقد اورد المعالجون شواهد كثيرة على توفيقهم في العلاج . ولم يكن من السهل رد هذه الشواهد بالحجة آنئذ بالنظر لعدم خضوع هذه الضروب من العلاج للقواعد العلمية المتبعة في تقرير فائدة العلاج ، يضاف الى ذلك ان من طبيعة هذا المرض الزوال او التحسن المؤقت تقائيا في عدد كبير من المرضى ، (كما اوردنا ذلك في مصير المريض). ولهذا عزيت مثل هذه الحالات التي شفيت تلقائيا الى كل وسيلة علاجية صدف وان رافقت عملية الشفاء .

★

ان الوسائل الحديثة في معالجة الشيزوفرينيا تعود في معظمها الى العقد الرابع من هذا القرن . فالمعالجة بالانسولين بدأت سنة ١٩٣٣ والصدمات الصرعية بالحقن سنة ١٩٣٧ والصدمات الكهربائية سنة ١٩٣٨ والجراحة الدماغية سنة ١٩٣٦ . اما العلاج « بالأدوية المعقلة Nouroleptic Drugs فقد ابتدأ وتطور خلال العشر سنين الاخيرة . ولما كان بحث هذه العلاجات قد ورد بالتفصيل في قسم علاج الامراض العقلية فاننا سنكتفي الآن باعطاء الحقائق الهامة عن قيمة هذه الوسائل العلاجية في مرض الشيزوفرينيا .

العلاج بالانسولين

بدأ هذا العلاج الدكتور « ساكل Sakel في فينا سنة ١٩٣٣ . وقد كان اول استعماله لهذا العلاج في حالات التهيج التي يصاب بها المدمنون عند انقطاع مصدر ما ادمنوا عليه . ولما ادرك ان هذا العلاج يؤدي الى التقليل من حدة التهيج والتوتر كما انه يزيد في الشهية للطعام وبالتالي الى زيادة الوزن ، راح يستعمل العلاج في حالات عقلية اخرى ومنها مرض الشيزوفرينيا . وفي خلال العشر سنين او اكثر التي تلت هذا الاكتشاف عالج الاطباء في انحاء شتى من العالم مئات الالوف من المرضى بعلاج الانسولين . واعتبر هذا العلاج في تلك

الفترة تقدما جذريا وعظيما في علاج الامراض العقلية مما اعطى الامل للعالم اجمع بالتغلب على هذه الامراض المؤلمة والمستعصية . وطريقة هذا العلاج تتلخص في حقن المريض بحقن متزايدة من عصارة البانكرياس (الانسولين) الى ان يصاب بالاغماء . ويظل على هذا الحال بين الساعة والساعتين ثم يغذى بالانبوب المعدي او بالحقن الوريدي لمحلول الكلوكوز (السكر) الى ان يستفيق . وتعاد الكرة صباح كل يوم لمدة تتراوح بين الاربعين الى الستين يوما . ومن الواضح ان هذا العلاج لا يمكن القيام به الا في مستشفيات يتوفر فيها الاختصاص والتوفر على رقابة المريض وتمريضه مما يتكلف جهدا ثمينا . ومنذ اكتشاف هذا العلاج وحتى الآن ، مر تثمين قيمته الشفائية بادوار ، فمن التحمس في السنين العشر الاولى ، الى الاختلاف بين الاطباء في فائدته في العشر سنين التالية ، الى تشكيك في قيمته العلاجية في العشر سنين التالية . واليوم يميل غالبية الاخصائيين الى اعتبار العلاج الانسلوني ذا اهمية تاريخية فقط ، غير انه ما زال هنالك بعض المتحمسين لاستعماله ومنهم من يلجأ اليه كآخر وسيلة في العلاج . ومع هذا المصير لهذا النوع من العلاج الذي استحوذ على اهتمام الاوساط الطبية والعامة في السنوات الاولى من تقديمه ، فانة مع ذلك يعتبر ذا اثر كبير في جلب الاهتمام لهذه الامراض ، لا من ناحية علاجية فقط ، بل من النواحي الانسانية والعلمية ايضا . والنظريات التي قدمت لتفسير الطريقة الذي يؤثر بهـــا هذا العلاج على الاقل ، قد دفعت بالبحث العلمي عن اسباب المرض الى حدود بعيدة وهامة ، ما زالت تتطور وتتشعب في اتجاهات مختلفة حتى الآن . هذا ومع اقرار البعض بفائدة علاج الانسولين في بعض الحـــالات المرضية ، الا انهم يعتقدون ايضا بان مثل هذه الفائدة يمكن ان تتحقق باستعمال وسائل ابسط واقل تكليفا من ناحية مادية وفنية وتمريضية من علاج الانسولين .

علاج الصدمة

وعندما يشار الى ذلك اليوم يقصد به الصدمة الكهربائية . وقد بدأت الصدمة

عن طريق اعطاء حقن عضلية من الادوية الصارعة كالكافور في الزيت . وكان اول من بدء هذا النوع من العلاج « مدونا Meduna » عام ١٩٣٤ ، وبعد ذلك بفترة قصيرة استعمل حقنا صارعة اخرى (مركب الكارديازول وما شابهه). وفي عام ١٩٣٨ قام طبيبان ايطاليان (سيرلتي Cerletti و بيني Bini) باعطاء الموجات الكهربائية او ما يسمى الآن بالصدمة الكهربائية .E. C. T وقد ورد تفصيل فن هذه الطريقة العلاجية والنظريات التي وضعت لتفسيرها في القسم الخاص بعلاج الامراض العقلية .

على خلاف العلاج الانسوليني . فان الصدمة الكهربائية ما زالت تستعمل بشكل واسع في كل مراكز العلاج للامراض العقلية في العالم . وفائدتها في علاج مرض الشيزوفرينيا تتفاوت بين حالة مرضية واخرى ، وهي تخضع اجمالا للقواعد والعوامل التي وضعت عن مصير المرض . واكثر حالات مرض الشيزوفرينيا استفادة من العلاج بالصدمة الكهربائية هي الحالات الحادة والحالات الحديثة الابتداء ، وفي تلك التي يكون الاضطراب العاطفي ، خاصة للكآبة ، مظهرا بارزا في المرض . وهنالك حالات اخرى تعرف « بالكاتتونيا Catatonia » تتداول فيها حالة المريض بين الهيجان والسكون تتأثر ايضا تأثرا ايجابيا بالصدمة الكهربائية . واقل الحالات الشيزوفرينيه استفادة من العلاج بالصدمة هي الحالات المزمنة والتي تلاشت فيها معالم الشخصية الطبيعية للمريض تلاشيا بعيدا ، واولئك المرضى الذين فقدوا المقدرة على التحسس العاطفي او الاتصال بالواقع .

هذا والفائدة العلاجية للصدمة ليست شفائية ، ولكنها تسارع في شفاء من في مرضهم بوارق الشفاء ، ثم انها تساعد على ازالة ، او التقليل من الاعراض المرضية المزعجة في بعض المرضى ، كالهيجان الحاد ، او التصرفات المؤذيه . وليس للصدمة الكهربائية اي تأثير مانع لعودة المرض في المستقبل القريب او البعيد . واستفادة المريض بعلاج الكهرباء في اصابته الاولى بالمرض ، لا تعني

بالتأكيد استفادته بشكل مماثل في اصابته ثانية ، ويكون ذلك اكثر احتمالا فيما لو كانت الفائدة تامة في الاصابة الاولى ، وعندما يكون الفارق الزمني بين الاصابتين بضع سنوات . هذا وقد لوحظ بالخبرة ، ان الاستفادة بالعلاج تقل تباعا مع كل انتكاسة مرضية ، وخاصة اذا كانت هذه الانتكاسات متقاربة في الزمن. اما عدد الصدمات اللازمة في كل حالة مرضية فتقرير ذلك يترك للطبيب المعالج . ومن المستحسن ان لا يتجاوز ذلك العشر صدمات الا في القليل من الحالات . ويمكن الاستمرار في اعطاء صدمة على فترات متقطعة للمحافظة على التحسن الذي اصاب المريض ، كما ان بالامكان اعادة العلاج بعد مرور فترة ستة اسابيع على الاقل . هذا ولا جدوى من الاكثار من العلاج الكهربائي او اعادته عدة مرات في السنة الواحدة ، لان الاكثار منه قد يحدث تغيرات عضوية في الدماغ تنتهي بجمود دائم في الملكات العقلية يقارب الخرف ويؤدي الى تبلد حيواني في المريض .

الجراحة النفسية Psychosurgery

في خلال الثلاثين سنة الاخيرة التي مرت على استعمال الجراحة الدماغية لعلاج الامراض العقلية وخاصة مرض الشيزوفرينيا ، تمتعت العملية بفترة اولى من التحمس لاستعمالها وتلي ذلك فترة اخرى من التشكك في فائدتها وفي السنوات الاخيرة اتجه الرأي الطبي الى التحفظ والاحتراز الزائدين عند التوصية باجرائها . وفي بعض الاقطار كروسيا مثلا ، يعتبر استعمال العملية من المحرمات العلاجية . ويتفق الكثيرون من ذوي الاختصاص ان للعملية مبررات خاصة في تلك الحالات الشيزوفرينية التي يكون فيها القلق او الافكار التسلطية قد بلغت حدا كبيرا من الشدة المولمة للمريض مع ثبوت امتناع هذه الاعراض المرضية على وسائل العلاج الاخرى . ولما كانت العملية حتى على ايدي كبار الاخصائيين ليست بدون اخطار عامة او اضرار محلية في الدماغ ، ولما كانت حتى في ابسط اشكالها واحدث طرقها ذات اثر في تركيب الشخصية قد يصبح دائميا ،

لذلك يجب التأكد اولا من فائدة العملية في ادراك ما ينتظر منها ، مع اقامة التوازن بين امكانية الفائدة من العملية وبين الاضرار المحتملة من اجرائها . فالعملية اجراء مادي على الدماغ، وآثاره دائمة لا يمكن الرجوع عنها. فاذا فشلت العملية، فان فشلها دائم لا يقوّم باي وسيلة علاجية اخرى في المستقبل .

★

ان اعتقاد البعض بان العملية هي الملجأ الاخير في سلسلة التجارب والمحاولات العلاجية لمرض الشيزوفرينيا هو اعتقاد خاطىء . ذلك ان الذي يقضي بالعملية ليس الفشل في الوسائل العلاجية الاخرى المعروفة ، وانما توفر مظاهر مرضية معينة لم ينفع فيها العلاج من ناحية ، وتوفر الادلة على امكانية استفادتها من الاجراء الجراحي من ناحية اخرى . واذا طبقت هذه القاعدة ، نجد ان الحالات التي يشملها هذا الاحتراز هي حالات قليلة . ومع قلة عدد العمليات التي تجري اليوم ، اذا قورنت بعددها في العشر سنوات الاولى من استعمالها ، فان الابحاث الجراحية النفسية ما زالت في تزايد مستمر ، ليس فقط بغية الوصول الى عملية اكثر فائدة واقل اضرارا بالدماغ ، وبالملكات العقلية المنبثقة عنه ، بل ايضا لادراك كنه الاختلال العقلي ، وعلاقة الاجزاء المختلفة من الدماغ بهذا الاختلال .

المعقلات Neuroleptic Drugs

الادوية المعقلة هو الاسم الذي يطلق على مجموعة من لادوية الحديثة التي تستعمل في علاج الامراض العقلية وخاصة الشيزوفرينيا . ومعظم هذه الادوية تستعمل في علاج الامراض والانفعالات النفسية . ولكن بمقادير قليلة ، وفي هذه الحالات تسمى الادوية المعقلة « بالادوية المهدئة Tranquillizers » . واول العلاجات من هذا النوع التي استعملت في علاج مرض الشيزوفرينيا كانت مادة الريزربين Reserpine وهي عين مادة السربسيل « Serpasil » التي تستعمل في علاج ضغط الدم. ثم استعملت مادة اللارجكتيل Largactil وغيرها من مركبات

متعددة متقاربة او مختلفة كيمياويا تعد بالعشرات وما زالت بازدياد مطرد . ولعل اكثرها استعمالا حتى الآن في علاج مرض الشيزوفرينيا هي مادة اللارجتيل ومادة الستيلازين . وللحصول على فائدة علاجية في مرض الشيزوفرينيا ، فلا بد من تعاطي الدواء مدة طويلة قد تمتـــد الى عدة اشهر . وقد تتطلب الحالة المرضية استعمال الدواء بشكل دائم وبمقادير متفاوتة . تتلائم وشدة الاعراض المرضية .

وهذه الادوية ، مع مقاديرها العالية ، لا تبدأ في اعطاء اثرها المنتظر الا بعد انقضـاء اسبوع او اسبوعين او اكثر على بداية استعمالها . وبسبب هذا التأخر في ظهور فعاليتهـــا ، وبسبب ما يحدث كثيرا من امتناع المريض عن تناولها كلية او بشكل منتظم ، فـان اهل المريض يلحون على الطبيب باجراء اكثر سرعة . وكثيرا ما ينتهي هذا الالحاح باللجوء المبكر الى استعمال الصدمة الكهربائية . على انه لو كان بالامكان التريث لجاءت نتيجة استعمال الادوية المعقلة بفائدة لا تقل عن فـــائدة الكهرباء . وميزة الادوية المعقلة في مرض الشيزوفرينيا هو في امكانية استعمالها مدة طويلة ، وفي قلة اضرارها الجانبية ، ورخصها كوسيلة علاجية ، وخضوعها للسهولة في تعيين مقاديرها ، وامكانية استبدالها بغيرها ، وهكذا ممـــا لا يتوفر في انواع العلاج الاخرى كالصدمة الكهربائية او الانسولين او الجراحة الدماغية . ومع ان الادوية المعقلة قد جعلت استعمال الانسولين وسيلة قديمة منسية لعلاج الشيزوفرينيا الا ان العلاج الكهربائي ما زال الوسيلة المختارة في بعض الحالات . ويتسع هذا الاختيـــار ويقل حسب تجربة الطبيب المعالج . على ان الاحصائيات المتوالية في مراكز العلاج المختلفة في العالم تدلل في مجملها على ان استعمال العلاج الكهربائي الآن اقل بكثير مما كان عليه الحال قبل استعمال الادوية المعقلة على انواعهـا . هذا ويمكن الجمع بين استعمال الأدوية المعقلة وبين العلاج الكهربائي اذا اقتضت الضرورة ذلك ، اما بنفس الوقت او بالتوالي .

*

وبنتيجة استعمال الادوية المعقلة في علاج مرض الشيزوفرينيا فقد امكن التقليل الى حد بعيد من حدة المرض ، ومن شدة الاعراض المرضية التي تسبب الازعاج للمريض او لعائلته . وامكن بواسطتها من معالجة اعداد كبيرة من المرضى وهم في بيوتهم او حتى وهم مستمرين في اعمالهم اليومية . اما تأثير العلاجات المعقلة على مرضى المستشفيات العقلية فقد ادى ذلك الى اعطاء هذه المستشفيات جواً اكثر هدوءاً ونظاما بفضل التهدئة التي يحدثها الدواء في المرضى المتهيجين . كما اصبح بالامكان ارسال المريض الى بيته بعد فترة اقل بكثير من معدل فترة الاقامة للمريض في السابق ، كما ادى ذلك الى امكانية اخراج بعض المرضى الذين ازمن بهم المرض ولم يكن احد يتوقع اي امل بارجاعهم الى بيوتهم . وبالرغم من الاستعمال الواسع لهذه العلاجات فان هنالك شعور بان الدواء المثالي والخالي من الاضرار الجانبية لم يتوفر بعد في علاج مرض الشيزوفرينيا .

الوسائل العلاجية الاخرى

وهذه تشمل النواحي النفسية للمريض، كما تشمل البيئة الاجتماعية وظروف الحياة والعمل المتعلقة بالمريض . والالتفات الى هذه الامور جميعها في غاية الاهمية ، ذلك ان المرض في الاساس ما هو الا نتيجة التفاعل بين الحياة النفسية للمريض وبين الظروف الحياتية التي يحياها . ومهمة الطبيب المعالج تقتضي الاحاطة التامة بالدوافع النفسية في حياة المريض ، والتي تقرر اتجاهه في التصرف في واقع الحياة ، والسعي الى مساعدته على اقامة ارتبطات اكثر ملائمة للتوازن النفسي وابعاد العوامل التي تنفره من مجابهة واقع الحياة. ومثل هذه المهمة تتطلب الوقوف على جميع نواحي الارتباط العائلي والاجتماعي والعملي في حياة المريض . وقد يتوجب الابتداء بعلاج هذه النواحي قبل القيام بمحاولة لتغيير نمط الحياة في المريض نفسه .

لما كان هنالك من يعتقد بان العقد والصراعات النفسية هي التي تدفع الى قيام حالة المرض الشيزوفريني ، فان بعض الاخصائيين يتوجهون الى العلاج

التحليلي النفسي لهذا المرض . ومهما كانت قيمة مثل هذا الادعاء ، فان من الواضح ان من المتعذر القيام بعمليات تحليلية مثمرة اثناء المرض ، ولا بد من الانتظار حتى شفاء المريض من مرضه ، او حتى بلوغه مرحلة تمكن الطبيب النفساني من اقامة الصلات التحليلية اللازمة معه . ومتى امكن ذلك ، فان احدى الطرق النفسية وخاصة المختصرة منها ، قد تعين كثيراً في فهم المريض ، وفي توجيهه السليم نحو الحياة ، وفي محاولة تغيير ظروفه بحيث تتناسب مع امكانياته النفسية . هذا وهنالك الى جانب العلاج النفسي وسائل علاجية اخرى تهدف الى زيادة واقعية المريض واتصاله الاجتماعي والى اعطاءه القناعة والرغبة في العمل والحياة . وتشمل هذه الطرق « العلاج التوظيفي Occupetional Treatment والعلاج الجماعي Group Therapy .

العلاج الوقائي

العلاج الوقائي لمرض الشيزوفرينيا يجب ان يؤخذ بعين الاعتبار الامور الوقائية التالية : وهي وقاية من له استعداد للمرض من التطور والوقوع في المرض الفعلي ، ثم في الحيلولة دون وقوع المريض ثانية بالمرض بعد شفاءه منه ، واخيراً في منع ازدياد وقوع المرض في المجتمع . فالامر الاول وهو وقاية صاحب الاستعداد للمرض ، فهذا يتطلب ملاحظة اتجاهات الشخصية في الاطفال والاحداث ، فاذا تبين نزوع بعضهم الى مظاهر الشخصية الانطوائية او «الشيزيه» وجهوا توجيها صحيا ملائما يبعدهم عن امكانية الوقوع في المرض . ومع ان هذا التوجيه قد لا يحول دون نشوء المرض في الكثير من الحالات ، الا انه عظيم الفائدة في التقليل والتأجيل من امكانية الوقوع في المرض في بعض الحالات ، او في التخفيف من حدتها فيما اذا وقعت . والامر الثاني المتعلق بالوقاية من الوقوع في المرض ثانية فهذا هدف يتطلب الاحاطة الواسعة بامكانيات المريض الشخصية وبظروف حياته ، مع محاولة تغيير هذه الامكانيات وهذه الظروف الى الحدود الممكنة ، بحيث يؤدي ذلك الى التقليل من مصادر الارهاق والضغط في حياة

المريض وفي تفاعلاته مع محيطه . واذا امكن ذلك فقد يساعد الامر في ابقاء الفرد ضمن الحدود الملائمة من التماس والتفاعل مع الواقع وبالقدر الذي يجنبه التعرض الى ما يسبب انهياره العقلي ثانية . والامر الثالث والاخير يتعلق بوقاية المجتمع بشكل عام وهو يستدعي النظر في امر زواج المريض وبانجاب الاطفال. واعطـــاء المشورة في هذه الامور لا يمكن ان يتيسر الا اذا اتضحت صورة المرض والامكانيات الوراثية والمصير المرضي وظروف الحيـاة التي تحيط بالمريض . وتقرير هذه الامور مسؤولية فردية واجتماعية لا يمكن تحملها الا اذا توفر الطبيب على الدراسة التامـــة والشاملة لهذه النواحي . على انه يجب التأكيد الى ما اشرنا اليه في اماكن مختلفة من هذا الكتاب من ان للوراثة اثراً كبيرا في الاعداد للامراض العقلية وبشكل خاص في مرض الشيزوفرينيـا . والوقوف على مدى هذه الامكانيات الوراثية امر ضروري قبل اعطاء أي فكرة عن الاحتمالات الوراثية المنتظرة في نسل المريض المصاب بالشيزوفرينيا .

الامل العلاجي في المستقبل

ليس من السهل تشوّف الوسائل العلاجية لمرض الشيزوفرينيا في المستقبل ، ومن المنتظر ان تستمر التجارب العلاجيـــة في الحقل الكيمياوي لاستحضار مركبات أكثر فعالية وأقل ضرراً من المركبات الحالية . على ان العلاج المثالي، هو بطبيعة الحال العلاج الذي يبنى على السبب المرضي ، ولما كان السبب مجهولا حتى الآن في مرض الشيزوفرينيا . فقد تحتم علينا اللجوء الى الوسائل العلاجية المستعملة حاليا وهي في مجموعها وسائل علاجية تجريبية وافتراضية .

البـارانويـا

Paranoia

استعمل اليونانيون القدامى لفظة البارانويا للدلالة على شرود العقل . وقد بطل استعمالها حتى القرون الوسطى عندمـا بعثت اللفظة من جديد للدلالة على حالة الجنون ، واخيراً استعملت للدلالة على حالة من حالات المرض العقلي اتصف بتمسك المريض بوهم عقلي ثابت ينحصر في موضوع معين ، مع احتفاظ المريض بمظاهر طبيعية من النواحي الاخرى من تفكيره وشخصيته . وقد دعت المظاهر المحدودة لهذه الحالة المرضية الى الاعتقاد بانها حالةمرضيةمستقلة بذاتها واعطيت بذلك التعبير « بمرض البارانويا » . والحالات المرضية التي ينطبق عليهـا هذا الحال هي حالات قليلة ونادرة جدا في تاريخ الطب ، مما دعا الى اهمال اعتبارها كحالة مرضية مستقلة في رأي بعض الاخصائيين (لويس) . ثم ان تتبع الكثير من الحالات التي شخصت بانها حالات من البارانويا أثبت تحولها بالتالي الى حالات مرضية شيزوفرينية في جميع خصائصها .

الأمراض العقليّة المزاجيّة

Affective Disorders

الامراض العقلية المزاجية ، هو الاسم المعطي لمجموعة من الامراض التي تنشأ على اساس من الاضطراب في الحياة العاطفيــة للفرد ، وتشمل حالات الكآبة والهيجان (المانيا) ، والقلق . ولما كانت حالات الكآبة والانفعال والقلق كثيرة الوقوع كأمراض نفسية ، لهذا تعتبر الدرجات البسيطة من هذه الحالات العاطفية ضمن حدود الامراض النفسية ، بينما تعتبر الدرجات الشديدة منها مرضا عقليا . وقد يصعب في الحالة الواحدة وضع حد فاصل وواضح بين ما هو نفسي ومــا هو عقلي من هذه الاضطرابات بالنظر للتشابه في تحسس المريض العاطفي في كل منهما ، ولامكانية تطور الانفعال النفسي الى حالة عقلية . ومع هذه الصعوبة ، الا انه يجدر اعتبار اضطراب العاطفة مرضا عقلية عندما تتبدل الشخصية تبدلا جذريا من حيث السلوك ، والبصيرة ، والابتعاد عن الواقع .

★

الاضطرابات العاطفية (المزاجية) ، كثيرة الوقوع ضمن الحدود الطبيعية لحياة الفرد السوى في شخصيته ، والامراض النفسية في مجملها تعتبر مظهر اساسيا من مظاهر اضطراب الحياة العاطفية . وكعارض عقلي ، يكثر وقوع الانفعات العاطفية ، من كآبة او قلق او خوف ، في معظم الامراض العقلية من وظيفية او عضوية . ومع كثرة ورود هذا الاضطراب في المزاج ، الا اننا نلاحظ قلة نسبية للامراض المزاجية العقلية الكلاسيكية (كالكآبة) (والمانيا) في وسطنا الاجتماعي ، بينما تكثر هذه الامراض في المجتمعات الاخرى وخاصة الغربية منهــا . وهي ملاحظة جديرة بالدرس والبحث خصوصا اذا ادركنا ان الفرد في مجتمعنا اكثر تحسسا بالانفعالات العاطفية ، واكثر تقلبا بين الوانها المختلفة . ويصعب اعطاء نسبة احصائية لوقوع هذه الامراض في المجتمع ، بينما تقدر هذه النسبة في العالم الغربي بحوالي ٣ الى ٤ في الالف من السكان ، ممــا يجعلها تقترب من نسبة وقوع مرض الشيزوفرينيا ، ويوجد تفاوت واسع في نسبة وقوع هذه الامراض بــين

مختلف الثقافات والمجـــالات الاجتماعية والدينية والقومية . مثال ذلك ان النسبة في كل من السويد والدانيمرك تبلــغ واحد في المئة ، بينما هي في فنلندا لا تزيد على ثلاثة في العشرة آلاف .

*

اسباب الامراض العقلية المزاجية

اسباب الامراض العقلية المزاجيـــة ، كأسباب الامراض النفسية والامراض العقلية الاخرى ، غير واضحة ، وغير مقررة . والنظريات والتفاسير الكثيرة التي قدمت لتعليل هذه الامراض من نفسية وعقلية ، قد قدمت ايضـــا لتفسير الامراض العاطفية . على ان معظم الدراسات الاخصائية على المرضي وعائلاتهم تشير الى ان العامل الوراثي ، هو عامل هـــام ، ان لم يكن اهم العوامل ، في التهيئة للاصابة بهذه الامراض . ويعزز هذا الاستنتاج ايضا ، توفر الاضطرابات المزاجية من حزن وانفعال وقلق في تاريخ شخصية المريض السابقة للمرض ، وكثيرا ما يظهر المرض العقلي في المزاج وكأنه امتداد لهـــذه الاضطرابات المزاجية السابقة ، كما يلاحظ (كرتشمر) ، توفر ارتباط بين تكوين جسمي معين وبين مزاج معين ، وقد يتطور هذا الارتباط الى حالة مرضية عقلية ، كما هو الحال في تطور « المزاج الدوري » الى حالة من « الكآبة والهياج العقلي » ، في بعض الناس . كل هذه الملاحظات تتحد في تأكيد اهمية التكوين الوراثي في تهيئة الاساس لامكانيات الانفعـــال العاطفي للفرد في الحدود الطبيعية وفي الحدود الغير طبيعية . ويعتقد ان الاساس الوراثي للامراض المزاجية يعتمد على عدة عوامل لا على عامل واحد، وقل ان تجتمع جميع هذه العوامل دفعة واحدة في شخص واحد ، ولهذا السبب فـــان حدود الاضطرابات العاطفيـــة واسعة ، وانتقالها وراثيا واسع الامكانيات تبعا لذلك .

وفيما يلي خلاصة لبعض الدراسات الاحصائية التي تدل على مدى اهميـــة الوراثة في هذه الامراض المزاجية :

١ – في احدى الدراسات وجد ان ٩،٥ في المئة من الاصابات بالامراض المزاجية العقلية بين اولاد المرضى المصابين بهذه الامراض ، و ٩،١٪ من بين اخوتهم واخواتهم ، و ٢،٣٪ من بين ابناء وبنات اعمامهم .

٢ – وفي دراسة ثانية وجد آخرون نسبة ١٠،٢٪ من المرضى بين والدي المصابين ، و ١٢،٨٪ من بين اولادهم .

٣ – وفي دراسة ثالثة ، وجدت نسبة وقوع المرض من بين والدي واخوة واولاد المرضى بهذه الامراض بحوالي ١٢ في المئة .

وهذه النسب عالية اذا ما قورنت بنسبة وقوع المرض في المجتمع بشكل عام (٣ الى ٤ من الالف) . وهي واضحة الى درجة لا يكفي تعليلها بردها الى أسباب ظرفية او نفسية مكتسبة .

٤ – وفي دراسة قام بها « رنجل Ringel » لعائلتين خلال ثلاثة أجيال لاحظ ورود العديد من حالات الانتحار في كل جيل من هذه الاجيال من العائلتين ، ومع ارتباط الانتحار بالانفعالات الكآبية، الا ان المؤلف لا يميل الى الاستنتاج بان الانتحار بدوره خاضع لاستعدادات وراثية . لقد كان في استعمال الصدمة الكهربائية كوسيلة علاجية ، واستجابة مرض الكآبة لها بشكل خاص ، مثاراً لكثير من النظريات عن طريقة فعل هذه المعالجة ، وبالتالى لتعليل أسباب الكآبة وهي اكثر الاضطرابات العاطفية وقوعا . غير ان هذه النظريات لم تنجح في اعطاء تفسير يصح قبوله علميا حتى الآن .

وباستعمال الادوية « المفرحة » المقاومة للكآبة ، فقد اتجهت النظريات بشكل خاص الى تفسير الكآبة على أساس كيمياوي. وخلاصة النظرية الكيمياوية هي ان نواة « الهايبوثالاموس » في الدماغ هي المركز الاساسي الذي ينظم الانفعالات العاطفية . وان القسم الامامي في نواة « الهايبوثالاموس » هذه ، يختص بتنظيم الراحة ، والتغذية ، وبتنمية احتياطي القوة للفرد . وتفيد النظرية

أيضا بان في هذا القسم من النواة مــادة كيمياوية ، هي مادة « السيروتونين Serotonin »، تنظم وظيفته . وهذه المادة موجودة بشكل طبيعي في الدماغ. وان اي زيادة او تقليل من فعاليــة هذه المادة سواء جاء تلقائيا او بسبب حالة مرضية ، أو بنتيجة تناول عقار معين ، او على أثر انفعــال نفسي ، فان ذلك يخل في ميزان هذه المادة ، وبالتـــالي في وظيفة القسم الامامي من النواة ، ويحدث بسبب ذلك ما يحدث من اضطراب عاطفي في المزاج .

وبناء على هذه النظرية ، فان المزاج خاضع لاسس مادية تتركز في مجموعات معينة من خلايا الدماغ ، وان هذه الخلايا قد تتأثر قليلا أو كثيراً بسبب أي تدخل في تغذيتها . واذا صحت هذه النظرية ، وهنالك الكثير من الملاحظات والتجارب التي تسندها ، فان الامراض المزاجية ، التي كانت تعتبر في الماضي من الامراض الوظيفية للعقل ، ما هي الا تعبير عن اضطراب مادي الاصل في بعض مراكز الدماغ ، سواء جاء هذا الاضطراب من داخل هذه المراكز ، أو بسبب مؤثرات طارئة عليها ومن خارجها .

تلاحــظ باستمرار العلاقـــة الوثيقة بين العوامــــل والتجارب النفسية المختلفة ، وبين الانفعــالات المزاجيـــة . وهذه العلاقـــة متوفرة في نسبة كبيرة من الانفعالات المزاجية للامراض العقلية . وقـــد يصعب ظاهرياً التوفيق بين ورود هذه العوامل النفسية وبين النظرية العضوية المادية التي سبق ذكرهـا ، والتي تفسر المزاج على اسس كيمياوية او هرمونية . ولعـــل مصدر الصعوبة في هذا التوفيق يأتي من اولئك الذين ينظرون الى التجربة النفسية كحاله عقلية مجردة قائمة بنفسها غير معتمدة على اساس مادي في الدماغ . ومع انه ورد في تأريخ الفكر العالمي الكثير من الاستنتاجات المبنية على الملاحظة والتأمل ، والتي تربط التجربة النفسية والعقلية بجوهر الدماغ الا ان بيان مدى هذه الصلة وطبيعتها لم يكن ممكناً حتى توفر العلم الحديث على جـلاء الكثير من الغموض الذي أحاط بموضوع العمليات العقلية المختلفة . وبسبب الابحـــاث العديدة في

ميـــدان « الفسلجة النفسية Psyhophysiology » والعقاقير النفسية « Psycho-pharmacology » ، فقد بات من الضروري النظر الى التجـارب النفسية نظرة مادية، لا من حيث السبب فقط بل من حيث النتيجة أيضاً. ومتى أصبح بالامكان ادراك جميع الحقائق المتعلقة بالدماغ ، وبمظاهر الحيـاة العقلية ، فسيكون من الممكن ملوء الفراغ الذي ما زال قائماً بين التجربة النفسية من ناحية وبين الاساس أو المظهر المادي لها ، وعندها سيزول الحد القائم الآن بين ما يسمى «بالعضوى» و « الوظيفي » او « المادي والنفسي » . في اسباب الامراض النفسيـة منها او العقلية .

الكآبة

Depression

بحثنا في القسم الخاص بالامراض النفسية موضوع الكآبة النفسية بما في ذلك الفروق الاساسية بين الكآبتين النفسية والعقلية. وباختصار فان الفروق الاساسيه بين الحالتين ، هي الفروق الاساسية بين الامراس النفسية من ناحيــة والامراس العقلية من ناحية اخوى . على ان الكآبتين النفسية والعقية تتحدان من حيث طبيعة الاضطراب الاساسي وهو اضطراب الحياة المزاجية في الحزن الغم . وقد تكون الاسباب واحدة في الحالتين وقد ينتقل المريض من حالة الكآبة النفسية الى حالة الكآبة العقلية بشكل متصل ومتطور ، على ان معظم حالات الكآبة الفعلية تأتي وكأنها تنبع تلقائياً من الكيان النفسي للمريض .

انواع الكآبة العقلية

تتوفر عدد صور مرضية الكآبة العقلية ، وهذه الصور المختلفة تحتفظ كلهـا بتوفر عنصر الاضطراب المزاجي باتجاه الكآبة والحزن والتشاؤم ، وهو المظهر الهام والثابت في جميع حالات الكآبة . وفيما يلي الصور المرضية المختلفة التي يمكن أن تقع عليها حالات الكآبة .

الكآبة (الكلاسيكية Classical Degression)

وهذه الحالة المرضية هي اكثر انواع الكآبة العقلية حدوثاً. ويتصف المريض المصاب بها بثلاث مظاهر اساسية (اولا) الشعور بالكآبة . وهو شعور يتألف من عــدة مشاعر كالحزن ، والهم ، والتشاؤم من الحاضر والمستقبل . والشعور بالالم ، وبعدم جدوى الحياة . وفي بعض الحالات الرغبــة في الموت . وبكاء المريض ليس من المظاهر المستمرة للشعور بالكآبة ، فأعمق حالات الكآبـــة واشدها تعصي فيها دموع المريض. (ثانياً) اضطراب في التفكير يظهر على شكل

بطيء في عملية التفكير والتركيز والتذكر وتتبع الحديث ، وفي اتخاد أي قرار او في الاستجابة الي امر او سؤال . ومن الممكن ان تظهر الاوهـام والهلاوس الحسية المختلفة بصورة واضحة . ومعظم الاوهام ذات علاقـة بالكآبة وهي تدور عادة حول ذنوب لم ترتكب وحول العقاب والعذاب المستحق بسبب هذه الذنوب . (ثالثاً) والمظهر الاخير لحالة الكآبة الكلاسيكية هو الجمود الشديـد الذي يتصف به المريض في الحركة ، مهما كانت الدوافع لهذه الحركة من طعام ، او عمل او لباس .

وبالاضافة الى هذه المظاهر الثلاث ، تتوفر مظاهر اخرى للمرض تبرز في معظم حالات الكآبة الاخرى وهي الارق وخاصة في اواخـر الليل ، وفقدان الشهية للطعام او الامتناع عنه ، ومحاولة الانتحار او التفكير الجدي فيه .

الكآبة الهياجية Agitated Depression

وهي جالة من الكآبة يظهر فيها التهيج وسرعة الانفعال والحركة وعدم الاستقرار بدلا من البطىء والجمود الذي تتميز به الكآبة الكلاسيكية

الكآبة التحولية Involutional Melancholia

وهي الكآبة التي تحدث لاول مرة في حياة الفرد في فترة التحول الفيزيولوجي في حياته . وتقع هذه الفترة في الرجل بين سن الخمسين الى سن الخامسة والستين، وفي المرأة بين سن الاربعين وسن الخامسة والخمسين . وهـذه الحالات المرضية لا تختلف كثيراً عن حالات الكآبة العقلية في اي سن آخـر ، غير ان الشكاوى الجسمية والاوهام المتعلقة بأعضاء مختلفة من الجسم ، وخاصة الاوهام التي تنفي وجود هذه الاعضاء (الاوهام العدميـة Nihlistic Delusions ، فهي تكثر في هذا النوع من الكآبة . هذا وهنالك من لا يقر بوجود هذا النوع من الكآبة ، ويعتبر معظم الحالات المرضية من هذا النوع حالات شيزوفرينية .

علاج الكآبة العقلية

المبادىء العلاجية في الكآبة العقلية هي المبادىء عينها التي اعطيت في بحث علاج الكآبة النفسية . واهم الامور التي تستدعي العلاج في الكآبة هي الارق ، ومحاولة الانتحار او التفكير فيه ، واخيرة التأثير في مزاح الكآبة واعادته الى الحالة الطبيعية .وقد تستوجب حالة المريض معالجته في مستشفي او مصح خاص تتوفر فيه الظروف العلاجية المناسبة .

ان أهم المشاكل العلاجية في الكآبة هي اتخاذ القرار الملائم باستعمال العلاجات المفرحه ، وايها ! او استعمال العلاج بالصدمة الكهربائية . ومع ان الكثير من التقادير والابحاث العلاجية للكآبة تشير الى ان بعض الادوية المفرحة (المضادة للكآبة) لا تقل فائدة عن استعمال الصدمه ، الا ان استعمال الصدمه في الكآبة ما زال شائعاً ، وربما الطريقة المفضلة في خبرة الكثيرين ، خاصـــة في الحالات الشديدة التي يصعب فيها تناول المريض للدواء وفي حالات الامتناع الكلي عن الطعام ، وعند تكرر المحاولات الانتحارية .

هذا واختيار الطريقة او الاخرى او الاثنتين معاً يعود الي الطبيب المعالـج وخبرته ، بعد الركون الى جميع الاحتمالات والمبررات لأستعمال هذا العلاج أو ذاك .

المـانيـا

« الهيجان العقلي Mania »

المانيا هي الحالة المرضية العقلية التي يضطرب فيها المزاج باتجاه معاكس لما هو عليه في الكـآبة ، ويكون الشعور العاطفي الغالب فيهـا هو شعور فرح ونشوة وانطلاق. وبالاضافة الى ذلك تظهر على المريض الحركة الجسمية المستمرة التي تعطيه اسم المانيـا او الهيجان ، كما ان هنالك تسارعا في الحركة الفكرية تظهر على شكل انطلاق مستمر ومتلاحق في الكلام . وكما هو الحـــال في الكآبة ، فان المانيا تأتي على درجات تتراوح بين التهيج الخفيف (الهايبومانيـا Hypomania) ،الى المانيا، والى اشدهافي المانيا الهذائية Delirious Mania .وقد تاتي المانيـا بشكل حاد Acute Mania ، او بشكل تدريجي مع الازمان Chronic Mania . ومن الممكن للمانيا ان تعاود المريض على فترات دورية، وفي بعض الحالات قد تتوالى المانيا مـع مرض الكآبة على شكل نوبات متلاحقة ، وهذه الحالات هي التي اعطت لمرض الكآبة والمانيـا صفة التلازم المرضي كما اعطتها الاسم المرضي المعروف بالمرض العقلي-المانيا الكآبية Manic-Depressive. والملاحظ ، كما ورد في البحث عن الكآبة ، ان هذا النوع من المرض قليل الوقوع في هذه البلاد ، كما ان حالات المانيـا نادرة الوقوع ايضا . ومعظم ما يشاهد من حالات الهيجان ، والتي توصف بالمانيا ، ما هي في الواقـع الا حالات من مرض الشيزوفرينيا التي يكون الهياج فيها مظهراً بارزاً .

انواع المانيا

المانيا الخفيفة (الهايبومانيا)

وخصائص هذه الحالة لا تختلف كثيراً عن حالة النشوة والفرح التي يتصف بها بعض الافراد في مناسبات خاصـة ، او حالة الانطـلاق في الحركة واللسان

التي تظهر في بعض الناس بعد تناول الشراب. غير ان لهذه الحالة دلائلها المرضية عندما تظهر في فرد ما بدون مناسبة ، وبدون ان يتوفر ما يبررها من الظروف التي تجعل النشوة امراً ممكنـا . ثم ان في استمرارها مـدة طويلة مـا يحمل على الاعتقاد بطبيعتها المرضية ، خاصة اذا كان الفرد لم يعرف في السابق بانطلاقه وتهيجه . هذا وكثيرا ما تكون المانيا الخفيفة خطوة اولى في طريق التطور الى درجات المانيا الشديدة .

المانيا

وتتصف هذه الحالة بالخصائص الكلاسيكية لمرض المانيـــا ، وهي نشوة المزاج ، وتسارع الفكر ، وازدياد الحركة . فنشوة المزاج تظهر على شكل شعور بالفرح ، والانطلاق ، والثقة بالنفس ، والاعتداد بها . وقد يصاحب هذه النشوة الشعور بالغضب الــتي كثيراً ما يستر الشعور بالنشوة . وليس من الممكن في معظم الحالات ربط النشوة بموضوع او تجربة معينـــة . بل هو شعور يغمر المريض ويلون كل تجاربه العقلية والحسية الآنية . اما تسارع الفكر ، فيظهر على شكل سرعة متدفقة في الكلام ينتقل فيــه المريض من موضوع الى آخر (مطاردة او طيران الفكر Flights of Ideas) ولا تكون هنالك صلة موضوعية بين فكرة واخرى ، وانما يتم الانتقال بناء على انتقال الاحاسيس من شيء لآخر ، كما يتقرر بسبب التشابه الظاهري بين الكلمة ومـا تستدعيه من كلمة اخرى . اما ازدياد الحركة الجسمية فهو من اشد مظاهر المانيا بروزاً . وهو الذي يعطي الحالة المرضية صفة الهيجان . وقد يقتصر الهيجان على الحركة الدائبة ، وقد يتعدى ذلك الى تحطيم وايذاء كل ما يعترض طريق المريض . وكثيرا ما تستمر الحركة ساعات طويلة وبدون انقطاع مما يمنع المريض من الطعام ومما قد يؤدي الى انهاك قواه الجسمية .

المانيا الهذائية Delirious Mania

وهي اكثر درجات المانيـا شدة وتتصف الى جـانب الخصائص الاساسية

للمانيا بتوفر بعض اعراض الهلوسة والاوهام . وكثيرا ما تؤدي هذه الحالة الى الاعياء والهبوط في القوى الجسمية بسبب الحركة المستمرة الدائبة للمريض .

المانيا الحادة

وهي لا تختلف عن المانيا الا بالشكل الحاد الذي تأتي عليه . فقد تتطور بسرعة من حالات المانيا الخفيفة ، وقد تظهر رأسا وبدون مقدمات في خلال ساعات محدودة . ويمكن للمانيا الحادة ان تستمر لمدة اسابيع او اشهر ، وقد يسود الهدوء النسبي بعض هذه المدة . ويمكن لها ان تنتهي تماما بمثل السرعة والحدة التي بدأت بها .

المانيا المزمنة

وهي الحالة التي تستمر فيها اعراض المانيا مدة سنوات طويلة بدون رجوع الى الحالة الطبيعية ، على ان شدة التهيج قد تتفاوت بين فترة واخرى .

المانيا الدورية

وهي لا تختلف عن المانيا في اي من خصائصها الاساسية . وقد اعطيت هذا الاسم بسبب توالي نوبات المانيا بين الحين والآخر . سواء جاء ذلك بعد فترة من الرجوع الى الحالة العقلية الطبيعية او بعد الوقوع في نوبة مرض الكآبة .

الحالات المختلطة

وهي حالات المانيا التي تختلط بعض خصائصها مع خصائص مرض الكآبة . وتدعى هذه الحالات بالكآبة الهياجية وهي درجة شديدة من « الكآبة الانفعالية » .

*

لما كانت حالات التهيج العقلي المصحوبة بازدياد الحركة الجسمية كثيرة الوقوع في حالات مرضية متعددة ، فمن الضروري تفريق كل حالة منها عن

مرض المانيا . واهم قواعد هذا التفريق هي اكتشاف الاسباب المرضية لكل حالة من حالات التهيج الى جانب ادراك الخصائص الاساسية لمرض المانيا واهمها توفر النشوة المزاجية ، والمطاردة الفكرية .

ومن اهم الحالات المرضية التي قد تؤدي الى التهيج هي (١) مرض الشيزوفرينيا . والواقع ان معظم حالات التهيج التي نشاهدها تقع في المرضى المصابين بهذا المرض (٢) الكآبة الهياجية (٣) الامراض العقلية العضوية على اختلاف انواعها (٤) حالات السكر (٥) عند الامتناع الاختياري او الاجباري عن استعمال المواد الكحولية او غيرها من مواد الادمان بعد الادمان عليها (٦) في حالة هبوط مستوى السكر في الدم في بعض الاشخاص (٧) في حالات الصرع ، اما قبل الاصابة بالنوبة أو بعدها مباشرة او في بعض انواع الصرع عندما تقتصر النوبة الصرعية على اضطراب السلوك (السايكوموتور) . (٨) النوبة السلوكية الاندفاعية كما يحدث في بعض الافراد الذين يعانون من الشخصية السايكوباثية (٩) في حالات الفزع او القلق الشديد . عندما يضطر الفرد الى ايجاد مخرج له من مخاوفه . (١٠) حالة التهيج العقلي المسماة اموك Amok . وفيها يهيج الفرد فجأة ويندفع يؤذي او يقتل من يعترضه ، ويستمر ذلك بضعة ساعات الى ان يعود الى رشده . (١١) نوبات التهيج الهستيرية (١٢) حالات التهيج التي قد تقع مصاحبة للحميات ، وغيرها من الحالات المرضية العضوية التي قد تصيب الدماغ .

علاج المانيا

لما كان من المنتظر ان تستمر حالة المانيا عدة اسابيع الى عدة اشهر ، فقد بات علاجها هاما وطويلا . وليس هنالك من علاج يعرف حتى الآن يستطيع تقصير امد المرض الى اقل من زمنه الطبيعي . واهم ما في العلاج التقليل من حدة الهياج ، ومنع الايذاء ، واعطاء المريض الفرصة اللازمة لتناول الغذاء

والنوم . وفي حالة المانيا الهذائية ، فقد يقتضي الامر تنويم المريض فترة طويلة منعا لانهيـاره الجسمي . والعلاجات المستعملة في الوقت الحاضر ، هي الادوية المعقلة مثل اللارجكتيل ، و ترايلفون ، و سيرينيز وغيرهـا ، ولعل اول هذه اكثرها فعالية في تهدئة المريض . وفي بعض الحالات قد يستدعي الامر استعمال الصدمة الكهربائية ، ومنهم من يعيد استعمالها اكثر من مرة في اليوم الى ان يهدأ المريض ويمكن معالجته بوسائل اخرى .

أما حالات الهيجان الاخرى ، فبالاضـافة الى استعمال العلاجات المهدأة ، فيقتضي الأمر علاج الحالة المرضية الاساسية التي جاء التهيج كمظهر من مظاهرها واعراضها .

الوسائل القديمة

الامراض العقلية قديمة في حياة الانسان وربما رافقته منذ البداية في تاريخ وجوده على الارض . ولا بد ان الانسان القديم قد حاول التخلص من هذه الامراض بالطرق التي تتفق مع فهمه لاسبابها ، وربما انه وجد في بعض الاحيان ان من الاسهل عليه التخلص من المصابين بهذه الامراض ، لا رأفة بالمريض ، وانما وقاية لنفسه ولغيره من افراد المجتمع من شر هذه الامراض او شر حامليها اليهم .

لقد اتبعت في الماضي وسائل عديدة في علاج الامراض العقلية ، وما زلنا حتى اليوم نجد بعض معالم وآثار هذه الوسائل في بعض الطرق والتقاليدالعلاجية التي ما زالت منتشرة في بقاع كثيرة من العالم . فالانسان القديم ، كما تدل على ذلك الطقوس العلاجية المستعملة حاليا في بعض القبائل والجماعات البدائية ، قد عزى الامراض العقلية الى فعل الارواح الشريرة او غيرها من القوى الخارقة التي تسلطت على عقل الانسان ، وكان من البديهي ان يتجه اسلوبه العلاجي الى محاولة طرد هذه الارواح بالعنف ، او اخراجها بالاستلطاف والاغراء ، او عن طريق استعطاف قوى الطبيعة بتسخير ارادتها في ذلك . ولهذا نجد اساليب السحر وما شابهها ، قد سادت التفكير العلاجي للامراض العقلية مدة طويلة من التاريخ . ومع بطلان هذه الاساليب في الوقت الحاضر ، الا ان بعض الوسائل الاخرى ، كاستعمال الحروز والتمائم والادعية ، « والتعزيم » ، ما هي الا آثار غير مباشرة للتفكير السحري القديم . ومن الوسائل العملية التي لجأ اليها القدامى ، حتى في العصر الحجري ، الاقدام على اجراء جراحي على الرأس بفتح ثقوب في الجمجمة ، الغاية منها تسهيل خروج الارواح التي تسكن رأس المريض وتسبب اضطرابه العقلي . كما تدل الآثار على انهم كانوا يستعملون قطع العظم المبتورة من هذه الثقوب كحروز تقيهم من شر هذه الامراض ومسببيها . وهنالك ما يشير الى ان مثل هذه العمليات الجراحية قد اجريت حتى وقت قريب في بعض قبائل الانكس

في بيرو وفي قبـائل البربر في بلاد المغرب . ومهما كان المنطق في هذه الاساليب العلاجية ، فانها لم تخلو من فائدة ، وربما جاءت هذه الفائدة للمريض عن طريق التأثير النفسي . غير ان من الواضح ان المعالجين لهذه الامراض لم يستهدفوا هذه الناحية من حياة المريض، ولم يدركوا وجودها ، وانما وجهوا اهتمامهم الى المصدر الخارجي لتسبب المرض ، وليس للمريض نفسه الذي اعتبر مسكنا مغتصبـا لهذا المصدر الخارجي .

✡

وفي فترات اخرى من التاريخ القديم ظهرت بوادر التفكير العلمي في اسباب الامراض العقلية ، وطرق علاجها . وقد ظهرت هذه البوادر بوضوح في كتابات ابقراط (٤٦٠ — ٣٧٥ ق. م) ، التي اكد فيها ان الامراض العقلية لا علاقة لها بالآلهة ، وانهـا تتسبب كغيرها من الامراض الجسمية عن اسباب مـادية . وقد رد ابقراط هذه الاسباب الى اختلاطات في الامزجة والعصارات الجسمية . ومارس لذلك وسائل علاجية تستهدف اصلاح هذه الاختلاطات بالتغذية او بالحمية او بالفصد او باستعمال المسهلات . وقد اخذ اطباء العرب عن اليونان المبادىء الاساسية التي جاء بها ابقراط ، واستعملوا طرقه المادية في العلاج ، وزادوا عليها من عندهم ، ومن ذلك استعمالهم الادوية المنومـة ، والمفرحة ، كما استعمـلوا الحمامات بمختلف درجات الحرارة ، وقد كانت هذه الحمامات جزءاً من كيان مستشفى الامراض العقلية في بغداد في ذلك الحين . وقد ادرك الاطباء ايضا في ذلك الزمن المتقدم ، اهمية العوامل النفسية في علاج الامراض العقلية . فحاولوا ادخال المسرة الى نفوس مرضاهم بان جلبوا لهم القصاصين ، والمغنين، والعازفين لتسليتهم . ومن الوسائل العلاجيـة الطريقة التي ادركهـا العرب في علاج بعض الامراض العقلية ما وردت الاشارة اليه في كتاب الحاوي للرازي حيث ذكر في معرض البحث عن علاج مرض المالينجوليا (وهو مرض يشبه مرض الشيزوفرينيا كما نعرفه الآن) قال .. «.. وفي باب الصرع علاج عجيب لمرض المالينجوليا» . وهذه الاشارة تدل على ان الرازي ادرك فائدة الرجه الصرعية (وهي مساوية

للصدمة الكهربائية) في علاج الامراض العقليــة • وبذلك تكون ملاحظته قد سبقت الاستعمال الحديث للصدمة بما لا يقل عن الف سنة من الزمن .

*

ومع توفر هذه الفترات القصيرة في التاريخ ، التي اتجه فيها علاج الامراض العقلية اتجاها انسانيا وعلميا ، الا ان معظم عصور التاريخ قد سادها الاتجـاه المتميز بالقسوة الشديدة في علاج هذه الامراض . وقد تراوحت هذه القسوة بين التقييد والتكبيل بالاغلال والضرب والتعليق والعزل في الكهوف والابار ، الى الصلب والحرق . وكلهـا وسائل بررها مستعملوهـا على اساس التخلص من الشيطان الذي تمكن من المريض واستقر في رأسه او جسده . وقد استمرت هذه الوسائل في معاملة المرضى طيلة العصور الوسطى وحتى اواخر القرن التاسـع عشر في معظم الاقطار الاوربية ، وما زالت بعض هذه الوسائل شائعة الاستعمال في بعض المحيطات الاجتماعية في اقطار مختلفة من العالم .

الوسائل العلاجية الحديثة

الوسائل العلاجية الحديثة المستعملة في علاج هذه الامراض كثيرة ومتنوعة ، والكثير منها ليس جديدا بالمعنى الصحيح ، وانما يمثل امتدادا او تطويرا لوسائل علاجية مماثلة استعملت في الماضي . ولعل حظنا اليوم ليس باوفر حظا من سابقينا في فهم الطريقة التي تحدث بها هذه الوسائل العلاجية اثارها وفوائدها . ويمكن القول بان معظم الوسائل العلاجية المستعملة اليوم في علاج هذه الامراض ، ما هي الا وسائل افتراضية او تجريبية او حتى في بعضها وسائل مصادفة علاجية لا تعتمد على اساس سببي او علمي معـين ، ولهذا فما زلنـا بعيدين كل البعد عن ادراك الطرق التي تحدث فيها هذه العلاجات فائدتها العلاجية .

ان الطرق العلاجية المثلى والعلميــة لاي مرض ، تعتمد على اكتشاف السبب الاساسي للمرض ، واثار هذا السبب في جسم الانسان . وهذا المبدأ لا يختلف في الامراض العقلية عنه في الامراض الجسمية . ولما كانت الامراض العقلية اكثر

تشعبا وتعقدا في اسبابهـا المرضية ، فقد بات من الضروري توجيه العلاج الى نواحي واسعة لا تشمل اعراض المرض وحده ، وانما تتعداه الى المريض بكامله وباوجه تفاعلاته مـع المجتمع والمحيط الذي يعيش فيه . من اجل ذلك كثرت الطرق العلاجية في الامراض العقلية. وقد لا يكون المهم في امرها اقامة التفاضل بين طريقة واخرى ، بل في استعمال الواحدة او الاخرى في الوقت المنـاسب للحالة المرضية المناسبة . وقد يقتضي الوضـع المرضي للمريض اللجوء الى عدة وسائل من مادية او نفسية او اجتماعية في وقت واحد .

العلاج النفسي والعلاج المادي

علاج الامراض العقلية كعلاج الامراض النفسية على نوعـين ، علاج نفسي ، وعلاج مادي . ولما كانت الحدود المرضية غير واضحـة في الماضي بين الامراض النفسية والامراض العقلية ، فقد استعملت نفس الوسائل في علاج كل منهما . وما زالت الوسيلتان تستعملان في علاجهما حتى الان ، وان كان من الواضح ان العلاج النفساني هو العلاج المفضل في علاج الامرض النفسية ، والعلاج المادي هو الوسيلة الاكثر استعمالا وفائدة في علاج الامراض العقلية

العلاج النفسي

هنالك بعض الاخصائيين الذين يعتقدون بأن الامراض والانفعالات العقلية ما هي الا امتداد اشد درجة للاضطرابات والانفعالات النفسية ، وهم يردون اسباب هذه الامراض الى عوامـل نفسية ادت بالشخصية الى هذه الدرجـة من التطور المرضي . وعلى ذلك فعلاج الامراض العقلية بالنسبة لهم يجب ان يقوم على اساس نفسي، يهدف الى رد المريض الى كيـان اسلم من الشخصية، وفي تفاعلاتها مع البيئة والمحيط . الا ان هذا الادعاء وان كان له بعض مـا يبرره في حدود علاجية ضيقة ، فهو لا يتفق مع الواقع الذي يؤكد تفوق الوسائل المادية على الوسائل النفسية في علاج الامراض العقلية . وهـذا التأكيد يجب ان لا يعنى ان

المعالجة النفسية عديمة الاهمية والاثر في علاج الامراض العقلية ، فهنالك الكثير من الانفعالات والامراض العقلية التي يكون العامل النفسي عاملا هاماً ورئيسياً في الاعداد للاصابة بها او في ترسيبها بشكل مباشر ، وفي مثل هذه الحالات يكون العلاج النقسي جزءاً رئيسياً وهاماً من عملية العلاج ، سواء كان ذلك اثناء المرض او بعد الابلال منه . ويمكن القول ان العلاج النفسي مهما كانت وسيلته ، لا يخلو من فائدة علاجية في اي حالة من حالات المرض العقلي مهما كانت شدتها ومهما كان نوعها. ومن البديهي ان تكون هذة الفائدة اكثر ما يكون تحققاً في الحالات التي يلعب بها العامل النفسي دوراً هاماً في التسبيب ، وان تكون على اقلها فائدة في حالات المرض العقلي الناتجة عن اسباب عضوية في الجسم او في الدماغ . فهذه لا تتأثر كثيراً بأي وسيلة علاجية نفسية ، ومع ذلك فلا نستطيع اهمال هـذه الناحية اهمالا كلياً في العلاج .

★

تتخذ المعالجة النفسية وسائل واساليب متعددة ، وتتحد معظم هذه الطرق في انها تهدف الى اكتشاف الخطأ في التكوين النفسى للشخصية ، وجعل المريض يتلمس هذا الخطأ ويدركه، ومعاونته في اقامة تكوين نفسي جديد يتناسب مع ظروف الحياة التي يعيشها . ومن الواضح ان هذه الاهداف واسعـة وصعبة التحقيق . ولعل هذه الصعوبة هي التي تبرر الوسائـل التحليلية النفسية العميقة التي قد تستغرق عدة سنوات للوصول بالمريض الى نتائج حاسمة . ومع ان معظم الاخصائيين لا يجدون مثل هذه الطرق مفيدة او عملية في الامراض العقلية ، الا ان بعض الاخصائيين ما زالوا يصرون على انها الطريقة الامثل في العلاج . ومثل هذا الادعاء لا يقترن بالاثباتات العلمية عن نتائج العلاج . وبالاضافة الى الوسائل المطولة والغير عملية من العلاج التحليلي ، فان هنالك وسائل نفسية اقصر واكثر اختصاراً ،تستهدف البحث عن المصادر المباشرة للاضطراب العاطفي في حياة الفرد. وليس من شك ان مثل هذه الطرق المختصرة هي اكثر ملائمة لحالة المريض العقلي واكثر فائدة علاجية. ثم ان بالامكان تطبيقها على اعداد اكبر من المرضى

مما لا يتيسر في الوسائل التحليلية الطويلة والعميقة .

ومن الوسائل النفسية في العلاج بعض الوسائل الحديثة مثل العلاج الجماعي Group Therapy، والدراما النفسية Psychodrama والعلاج التوظيفي Occupational Therapy . ففي العلاج الجماعي يهدف المعالج الى اقامة علاقات اجتماعية وعاطفية للمريض في نطاق عملي اجتماعي. وفي الدراما النفسية Psycho-Drama يشجع المريض على تمثيل مشاكله النفسية بشكل واقعي يعطيه وعياً اوسع لهذه المشاكل في ظروف اجتماعية فعلية. وفي العلاج التوظيفي، يسند الى المريض العمل او الهواية التي تتناسب مع امكانياته الفعلية والتي تقربه من الاتصال الاجتماعي الذي يحتاج اليه في واقع حياته . وكل هذه الوسائل ذات اهمية علاجية وتعتبر متممه لوسائل العلاج النفسي الفردي الذي يتحدد بالعلاقة الفردية المباشرة بين الطبيب والمريض .

الوسائل العلاجية المادية

يقصد بالوسائل المادية في العلاج ، تلك الوسائل التي لا تعتمد على الطريقة النفسية في العلاج، سواء كانت هذه الطريقة النفسيه مباشرة في العلاقة بين الطبيب والمريض ، او غير مباشرة باحداث تبديل في المحيط الذي يعيش فيه المريض . والوسائل المادية في العلاج لها صفات المادة ويمكن قياس هذه الصفات . وقد حدد بعض الباحثين الوسائل المادية بطرق علاجية ثلاث : الانسولين ، والصدمة ، والعمليات الجراحية النفسية على الدماغ . على ان مجال العلاج المادي قد اتسع الآن بحيث يشمل الطرق المادية الاخرى وعلى الاخص العلاجات الكيمياوية التي تعتبر اهم وسيلة علاجية مادية للامراض العقلية ، كما تشمل ايضاً العلاجات بالتغذية والمواد الفيتامينية والهرمونات والعلاج المائي ، وكلها ذات اثر في بعض الحالات المرضية العقلية .

ان الكثير من الوسائل المادية غير جديدة بالمعنى الكامل . فالعلاجات الكيمياوية قد استعملت منذ اقدم الازمان ، والعلاج بالتغذية والعلاج المائي

Hydrotherapy ، كلاهما طبقا في العصور السابقة. وحتى منطق علاج الامراض العقلية بالصرع ، قد عرف قبل الف سنة كما سبق ذكره. ومع ذلك فان هنالك تقدماً عظيماً في الوسائل العلاجية المادية من حيث عددها ومن حيث الدقة في تطبيقها ، وبالتاكيد ، من حيث نتائجها العلاجية . ومع ان معظم الوسائل التي نعرفها ونستعملها الان هي وسائل افتراضية وتجريبية ، ولا ندري على وجه التاكيد كيف تؤدي مفعولها ، الا انها مع ذلك قد احدثت تغيراً جذرياً ليس في تقرير المصير المرضي للامراض العقلية ، وانما ايضاً في توجهنا العلمي والاجتماعي والانساني الى هذه الامراض التي اعتبرها الناس قروناً طويلة مستعصية على العلاج، واعتبر اصحابها خوارج على المجتمع وطبيعة الانسان ، بما جلبته هذه النظرة من القسوة والعذاب وسوء المعاملة والاهمال للمريض .

★

لقد ابتدأت الوسائل المادية الحديثة بملاحظة الطبيب فاجنر جوريغ Wagner Jauregg ، بأن بعض المرضى بالشلل الجنوني العام (سفلس الدماغ) ، اذا ما اصيبوا عرضاً بالحمى ، ادى ذلك الى تحسين او توقف في اعرضهم المرضية . وقد حثته هذه الملاحظة على امتحانها تجريبيا أبان الحرب العالمية الاولى (١٩١٧) . فاقدم على تلقيح مثل هؤلاء المرضى بمرض الملاريا . وقد كان في اقدامه على علاج مرض خطير بمرض قاتل لا يقل عنه خطراً ، عملاً جريئاً لا يماثله شيء في تاريخ الطب . غير ان النتائج الحسنة التي حصل عليها قد بررت هذه الجرأة . ومع ان هذه الوسيلة العلاجية قد بطل استعمالها في علاج الامراض العقلية منذ سنوات عديدة ، الا انها ببرهنتها على امكانية مقاومه المرض العقلي بالوسيلة المادية ، قد فتحت باب البحث العلمي في هذه الامراض على مصراعيه . ومع اننا حتى اليوم لم نتوصل الى فهم تام لطبيعة الامراض العقلية واسبابها في الدماغ ، او للطريقة التي تحدث فيها الوسائل العلاجية آثارها، الا اننا مع ذلك قد ادركنا بفضل هذه الوسائل الكثير من الحقائق العلمية عن فسيولوجية الدماغ وعن تفاعلاتة وعملياته العقلية .

الوسائل المادية الطبيعية الحديثة (باستثناء العقاقير) هي علاج الانسولين ، والصدمة الكهربائية ، والجراحـــة النفسية على الدماغ ، وكل هذه الوسائل استحدثت بين سنة ١٩٣٣ وسنة ١٩٣٦. واول من استعمل العلاج بالانسولين هو ساكل Sakel في فينا ، وعلاج الصدمة مدوناً Meduna في بودابست ، والجراحه الدماغية مونيز Moniz في لشبونة . وقد طرأ على هذه الوسائل العلاجية الكثير من التطوير من علماء كثيرين في العالم . ويمكن القول الان بايجـــاز ان المعالجة الانسولينية قد بطل استعمالها في معظم المراكز العلاجية الهامة في العالم ، وان عمليات الجراحة النفسية على الدماغ تستعمل الآن في حدود ضيقة جداً بالنسبة الى ما كانت عليه قبل عقد او اكثر من الزمن ، وان المعالجة بالصدمة الكهربائية ما زالت وسيلة علاجية شائعة الاستعمال ، عظيمة الفائدة ، وان كانت اقل استعمالا الان منهـــا قبل سنوات، بسبب اكتشاف وتطوير المركبات العلاجية المهدئة والمعقلة والمفرحة، التي جعلت الحاجة الى الصدمة الكهربائية اقل ضرورة مما كانت عليه في الماضي القريب .

علاج الانسولين Insulin Therapy

استعمل ساكل Sakel حقن الانسولين لتغطية الاعراض الناجمة عن ايقاف استعمال المخدرات في المدمنين على المورفين وما شابهه من مواد الادمان . وقـد استعمل لهذا الغرض مقادير قليلة من الانسولين، على انه في بعض الحالات استعمل مقادير اكبر ، نتج عنها هبوط شديد في مستوى السكر في الدم ، كما نتج عنها تحسن واضح في الحالة العقلية للمريض . وقد دفعته هذه الملاحظـة الى استعمال الانسولين للتقليل من حالات التهيج التـي تظهر في بعض المرضى ، وأدى ذلك بالنهاية الى استعمال الانسولين في علاج مرض الشيزوفرينيا . وقد قام ساكل بذلك في فينا ، وكانت نتائج هذا العلاج مثيرة الى درجة استجلبت الكثير من الاهتمام ، وادى ذلك الى شيوع استعمالهـــا في مستشفيات عديدة في العالم . واعتبرت هذه الوسيلة العلاجية في حينها فتحاً عظيماً في علاج الامراض العقلية ، ليس

فقط لانها بشائر جديدة في علاج هذه الامراض المستعصية ، وانما لانها فتحت آفاقاً جديدة وواسعة للبحث العلمي في فسيولوجية وكيمياوية الدماغ . لقد فسرت الفائدة العلاجية للانسولين تفاسير شتى . وكانت نظرية ساكل مكتشف العلاج ، هي ان الانسولين يؤثر على الهرمونات التي تؤثر بدورها على « الجهاز العصبي اللا ارادي Autonomic Centre » ، وبالتالي على الخلايا العصبية . وتلت هذه النظرية نظريات اخرى اتفقت، معظمها في ان الانسولين يتدخل في عملية تنفس المراكز الدماغية ، وان هذا التدخل هو الذي يعيد الخلايا الدماغية المريضة الى حالتها الطبيعية . وبالاضافة الى هـــذه النظريات المادية اعطيت نظريات سايكولوجية تفسر تحسن حـالة المريض بسبب الشعور الذي يحس بـــه اثناء العلاج ، من موت وشيك ، وولادة جديدة . ومن المؤسف ان هذه الوسيـــلة العلاجية انتهى امرها قبل ان يتوفر العلم على تفسير فعلها . على انها مـع ذلك ادت الى الكثير من الابحاث التي حلت الكثير من الغموض عن اسرار الدماغ بشكل خاص ، وعلاقته بالجسم بشكل عام .

★

تتلخص طريقة العلاج الانسوليني في اعطاء المريض في صباح كل يوم مقادير متزايدة من الانسولين. ويستمر ذلك الى الحد الذي يؤدي الى الغيبوبة . ثم يتكرر اعطاء هذا المقدار صباح كل يوم . ويترك المريض زهاء الساعة في حالة الغيبوبة ثم يعاد الى وعيه باعطائه محلول الكلوكوز عن طريق انبوب المعدة او بحقنة في الوريد . وبذلك يعاد مستوى السكر في الدم الى حالته الطبيعية . والاسلوب الذي كان متبعاً في العلاج ، يستوجب تكرار المعالجة بمعدل خمسين او ستين مرة . ومن الواضح ان هذا النوع من العلاج يتطلب زمناً وجهداً طبياً عظيماً ، ثم انه لا يخلو من الاخطار ، ذلك ان بعض المرضى لم يكن بالامكان استفاقتهم من حالة الغيبوبة Irreversible Coma مما اودى بحياتهم .

ان تثمين هذه الوسيلة العلاجية بعد بطلان استعمالها اصبح متعذراً بسبب التقدم الحديث في علاج الامراض العقلية بوسائل اخرى وخاصة الدوائية منها .

ولكن النتائج المنشورة في العهد الانسوليني ١٩٣٣ -- ١٩٤٦ دلت على الفائدة والامل من استعمالها . وايقاف هذه الوسيلة الان ناتج عن توفر فائدة مماثلة من وسائل علاجية اسهل تطبيقا واقل خطراً وارخص ثمناً . وهذه اعتبارات هامة في امراض كثيرة الانتشار طويلة الازمان كالامراض العقلية .

العلاج الانسلوني المعدل Modified Insuline

بني هذا الاسلوب العلاجي على اساس ملاحظات واير متشل Weir Mitchell بان حالات الانهيار النفسي تكتسب الشفاء فيما اذا ابعدت عن ظروف المحيط المساعدة على الانهيار ، وفيما اذا ردت القوة الجسمية الى المريض . وقد كانت طريقته في ذلك عزل المريض واطعامه مقادير وافرة من الطعام . ولكي يجعل ذلك ممكناً ، فقد لجأ الى عمليات المساج وفي بعض الحالات الى الاثارة الكهربائية . وقد نسيت طريقة واير متشل سنوات طويلة ، ثم بعثت من جديد عن طريق اعطاء المريض مقادير صغيرة من الانسولين صباح كل يوم ، وتزاد تدريجيـــاً الى الحد الذي يظل فيه المريض واعياً وقادراً على تناول طعامه بعد ثلاث ساعات من اعطاء الانسولين. وقد وجد بالتجربة ان هذه المعالجة تعطي المريض الهدوء النفسي ، كما انها تزيد في شهيته للطعام ، وهذا يؤدي بالتالي الى زيادة وزنه زيادة تعوضه على ما خسره بسبب انهياره النفسي . وبهذا تكون اكثر الحالات استفادة من هذا العلاج هي حالات القلق والانفعال والكآبة التي تقترن بخسارة كبيرة في الوزن .

علاج الصدمة Convulsive Treatment

علاج الصدمة للامراض العقلية جاء مصادفة ، كما هو الحال في علاج شلل السفلس العام بحمى الملاريا . فقد لوحظ ان بعض المرضى بمرض الشيزوفرينيا يصابون بتحسن واضح في حالتهم العقلية اذا حدث واصيبوا عرضاً بحالة صرعية . وقد ادت هذه الملاحظة الى الاعتقاد بالتعارض بين مرض الشيزوفرينيا ومرض

الصرع وقد دفعت هذه الملاحظة طبيبـــا للامراض العقلية في هنغاريا « نايرو Nyiro» الى نقل دم المريض المصاب بالصرع الى دم المريض المصاب بالشيزوفرينيا، غير ان المحاولة لم تثمر شيئاً في احداث الصرع بالمريض. ثم جاء مدونا Meduna في بودابست واتبع نفس الملاحظة ، وتوصـــل الى نفس الاستنتاج بأن المرضين متعارضين ، وانه اذا نجح في اعطاء مريض الشيزوفرينيا حالة صرعية ، فان ذلك يؤدي الى شفائه . وقام في البداية ببعض التجارب على الحيوانات ليتأكد بأن الصرع المصطنع لا يؤذي الجهاز العصبي . وبعدها بدأ باستعمال حقن الكافور وتلي ذلك استعمال حقن « التترزول Tetrazol » في الدم . وكانت النتـــائج مشجعة له على الاستمرار . وبعد ان نشرت نتائج استعماله لهذا الدواء ، اخذ الكثيرون من الاطبـــاء بهذه الوسيلة العلاجية وفضلها معظمهم على العلاج بالانسولين. وفي خلال السنوات التالية، قام طبيبان ايطاليان: سيرلتي Cerletti وبيني Bini ، بتجارب لاستعمال التيار الكهربائي ، ولما تبينا عدم ضرره في حدود معينة من القوة ، قامـــا باستعماله لاستحداث حالة الصرع في المرضى (١٩٣٨) ، بامرار تيار كهربائي في رأس المريض مباشرة . وهكذا بـــدأ استعمال الصدمة الكهربائية الصارعة Electric Convulsive Treatment التي ما زالت اكثر الوسائل العلاجية استعمالا في عـــلاج الامراض العقلية باستثناء العلاجات الكيمياوية .

✶

تستعمل الصدمة تبعـا للضرورة المرضية. والدورة العلاجية الواحدة تتكون من ١٠ – ١٢ صدمة تعطي ٣ – ٥ مرات في الاسبوع . ويمكن في بعض الحالات زيادة العدد ، او اعطـاء الصدمة في اوقات متباعدة منعا للانتكاسة المرضية . ويجب ان لا تعاد الدورة العلاجية الا بعد فترة ما لا يقل عن شهرين من الدورة العلاجية الاولى منعا من الحاق ضرر دائم في خلايا الدماغ ، وتمكينا للدماغ من الرجوع الى حالته الطبيعية .

ومع ان الصدمة استعملت في البداية لعـلاج حالات الشيزوفرينيا ، الا انه

تبين بالتجربة بانها اكثر فائدة في علاج حالات الكآبة ، وخاصة الكآبة التي تبدأ لاول مرة في العقود الوسطى من حياة المرء بين ٤٠ – ٦٠ سنة ، على انهـا ذات فائدة كبيرة في الحالات الحادة من مرض الشيزوفرينيا ، والحالات الشيزوفرينية التي تكون فيها الكآبة مظهرا واضحا ، وكذلك في حالات الشيزوفرينيـا الكاتاتونية Catatonic Schizophrenia. واقل ما تكون الصدمات الكهربائية فائدة في الحالات المزمنة من الامراض العقلية وفي حالات المانيا . ولا فائدة من استعمالها في علاج الامراض النفسية على اختلاف انواعها ، واستعمالها في مثل هذه الحالات قد يسبب مضاعفات نفسية اخرى. وللصدمة الكهربائية بعض الاخطار ، ومنها الموت الآني او بسبب بعض المضاعفـات كالنزيف وغيره ، ولكن هذه الاخطار المميتة قليلة جدا . وهنالك اخطار اخرى ، اهمهـا الكسور وخلـع المفاصل ، وهذه ليست بالقليلة . وفي محاولة منعها تستعمل الحقن التي تسبب ارتخاء مؤقتـا في العضلات Muscle Relaxants ، وبنتيجة ذلك فان الصدمة الكهربائية تؤدي الى فقدان الوعي بدون ان يصاحب ذلك التقلصات الصرعية ، ولا يؤثر منع التقلصات العضلية في فائدة الصدمة العلاجية .

واضافة الى الاخطار العامة للكهرباء التي سبق ذكرها فان هنالك موانـع معينة تحذر استعمالهـا في بعض المرضى ، كوجود ارتفاع مفرط في ضغط الدم ، وعجز القلب ، وبعض امراض الرئتين ، وغيرها من الحالات مما يقتضي القيـام بتقدير دقيق لحالة المريض الصحية والخطر الذي قد يلحق به من المعـالجة ، والفائدة التي ينتظر الحصول عليهـا من المجازفة في استعمالها . ومع ان العلاج الكهربائي سهل الاداء قليل الاخطار بوجه عام ، الا انه يجب ان لا يعطي الا اذا توفرت الضرورة لاستعماله ، كما يجب ان يؤخذ بعـين الاعتبـار ان العلاج بالصدمة علاج صارم من الناحية العقلية ومن الناحية النفسية ، بالنسبة للمريض واهله والمجتمـع ، ولهذا يستحسن الاستعاضة عنه بعـلاج آخر عند تساوي الامكانيات العلاجية . والواقع ان توفر العلاجات المعقلة Neuroleptic Drugs ، والعلاجات المفرحـة Thymoleptic Drugs ، قد جعلت الحاجـة للصدمات

الكهربائية اقل بكثير مما كانت عليه قبل بضع سنوات . وقد يأتي يوم تكتشف فيه علاجات اكثر فعالية، مما سينهي الحاجة الى الصدمة الكهربائية بشكل تام، كما حدث في العلاج بالانسولين . والى ذلك الحين ، فسيظل العلاج الكهربائي وسيلة علاجية هامة في علاج الامراض العقلية ، في الوقت الذي ما زلنا نجهل فيه الطريقة التي تحدث فيه هذه المعالجة اثرها على الحياة العقلية للمريض .

الجراحة النفسية Psycho-Surgery

بدأت الجراحة النفسية على الدماغ بمحاولة قطع بعض حزم الخيوط العصبية التي تصل مقدمة الدمـاغ في الجانبين بمنطقـة الثالمس Thalamus في منتصف الدماغ. وقد اشار بهذا الاجراء الجراحي الدكتور « ايجاز مونيز Egas Moniz» وهو برتغالي . اما الذي قام بالاجراء الفعلي لاول عملية من هذا النوع فهو زميله « اميدا ليما Ameida Lima » سنة ١٩٣٥ ، واطلق على العملية اسم لوكوتومي Leucotomy ، ومعناها قطع او بتر المنطقة البيضاء (وهو لون الحزم العصبية التي سبق ذكرها) . ومن الراجح ان مونيز لم يتوصل الى ادراك منطق هذا الاجراء الجراحي الا بعد اطلاعه على بعض التجارب العملية على الحيوانات التي قام بها عدد من الاخصائيين في فسلجة الدماغ . فقد اوضحت هذه العمليات ، ان بتر المناطق الامامية من دماغ الشمبانزي يجعله في حالة فرح ونشوة . ولعله اطلع ايضا على النتائج الناجمة عن اصابة المنطقة الامامية للدماغ بالضرر ومنهـا فقدان المرء للشعور بالقلق والخوف .

*

وبعد اجراء العملية الاولى بعام واحد (١٩٣٦) نشر مونيز مقالا بنتائجه الاولى . وفي العام التالي اقتبس عدد من الجراحين في امريكا هذه العملية . وقام بعضهم باجراء تعديل وتطور لهذه العملية وتبعهم بعد ذلك عدد من مشاهير الجراحة العصبية في انجلترا مثل جاكسون Harvey Jackson و نايت Knight و ماكيزوك Mckissock . وفي خلال السنوات العشر الاولى اجرى في انجلترا

وحدها ما يزيد على عشرة آلاف عملية من هذا النوم على دماغ المرضى المصابين بشتى حالات المرض العقلي . ثم شاع استعمال هذه العملية في بلدان كثيرة . وقام عدد كبير من الباحثين بفحص وتقييم نتائج العملية ، وجاءت التقارير متفاوتة في درجة التقدير لقيمتها العلاجية . ومن الطبيعي ان يأتي مثل هذا التفاوت في التقدير ، بالنظر لاختلاف التكنيك الجراحي بين جراح وآخر ، اضافة الى اختلاف الحالات المرضية من حيث مدة المرض ، وتطوره ، وطبيعة الحالة المرضية ، والاعراض المرضية التي تناولها التقدير . والمتتبع لتاريخ هذه العملية منذ اول اجرائها حتى الآن ، يجد بانها مرت في مراحل ثلاث مرحلة الاولى من الحماس وثانية من الحذر واخيرة من الشك في قيمتها العلاجية .

✶

اجريت العملية في البداية على حالات مرض الشيزوفرينيا . ومع انه احتفظ بذلك للحالات المرضية المزمنة التي لم تستفد من الوسائل العلاجية المعروفة كالانسولين والصدمة الكهربائية ، الا ان بعض الاخصائيين راحوا يوصون باجراء العملية على حالات مرضية في السنة الاولى او الثانية من المرض . على ان الاتجاه العلاجي استقر في السنوات الاخيرة على ضرورة التأني في اتخاذ الاجراء الجراحي ، واعتبار العملية الدماغية ملجأ اخيرا بعد استنفاذ كل وسيلة علاجية اخرى ، كما يجب توفر القناعة لدى الطبيب المعالج بان المريض سيستفيد حتما من الاجراء الجراحي ، وان هذه الفائدة تزيد على النتائج الجانبية والضارة التي تصيب شخصية المريض بسبب العملية .

وفيما يلي الحالات المرضية التي يتفق معظم الاخصائيين بفائدة الاجراء الجراحي عليها بعد استنفاذ الوسائل العلاجية الاخرى : —

مرض الشيزوفرينيا

ليس هنالك من دليل على ان العملية لها تأثير على مرض الشيزوفرينيا كمرض ، وعلى ذلك يقتصر اجراؤها على تلك الحالات من مرض الشيزوفرينيا التي يظهر

فيها المريض معذبا بسبب افكاره التسلطية والالزاميه ، ويكون فيها مذعورا فزعا لما يترآى له من اوهام حسية او فكرية . مثل هذه الحالات اذا لم تستجب لوسائل العلاج المعروفة، فان العملية ذات اثر فعال في علاجها. ومما لا شك فيه ان الثمن الذين يدفعه المريض بالتغير في شخصيته ، له ما يبرره ، بتحريره من العذاب الذي لا يطاق من استمرار اعراضه المرضية . وهنالك من ينصح باجراء العملية على الحالات المزمنة لمرض الشيزوفرينيا ، وبعض المؤلفين يعطون نسبة من النجاح النسبي يبرر ذلك . غير ان هذه الادعاءات تقل تدريجيا مع مرور الزمن .

الافكار التسلطية الالزامية

بعض حالات الافكار التسلطية والالزامية قد تبلغ من الشدة والازمان حدا تصبح حياة المريض فيه جحيما مستمرا . وفي مثل هذه الحالات قد تفيد الرجه الكهربائية بعض الشيء ، الا انها على الاجمال لا تشفي بهده الوسيلة العلاجية . ثم ان العلاج النفسي، حتى اكثر الوسائل التحليلية النفسية عمقا لا يفيد ايضا. وبهذا يظل المريض يقاسي اشد انواع العذاب النفسي ، وتصبح الحياة عبئا ثقيلا عليه ، وعلى اهله. وفي مثل هذه الحالات ، فان العملية ذات اثر فعال في تخليص المريض من ألمه ومخاوفه . ومع ان المريض يظل واعيا لافكاره السابقة ، الا انها لا تثير فيه انفعالا من الخوف والقلق والرعب كما كانت تثيره في الماضي .

الكآبة

معظم حالات الكآبة تستجيب بشكل سريع للمعالجة بالصدمة الكهربائية ، وخاصة حالات الكآبة التي تحدث لاول مرة في فترة النحول من حياة الفرد Involutional Melancholia . غير ان هنالك بعض المرضى الذين لا يستفيدون من العلاج الكهربائي ويظلون في حالة كآبة وانفعال وتهيج . ويعاودون محاولة الانتحار مرة بعد اخرى . مثل هؤلاء تعتبر العملية الملجأ الاخير والحل الوحيد لمرضهم .

بعض حالات القلق شديدة الوطأة على المريض . فقد تلازمه الاعراض الحادة سنوات طويلة وتعاوده يوميـا او في خلال ايام . وقد تكون من الشدة بحيث تتدخل بشكل واضح في حياته وقيامه بواجباته. وقد تعطيه شعورا من العذاب لا يقل عن حالات الفزع والافكار التسلطية. والقرار في وصف العملية الجراحية في مثل هذه الحالات يجب ان يقوم على اساس من التوازن بين الفائدة الايجابيـة بزوال القلق ، والآثار السلبية الدائميـة من التغير في خصائص الشخصية . ومع ان العملية قد تطورت من النواحي الفنيـة بحيث اصبح من الممكن التقليل من احتمال ترك اثر دائم في الشخصية ، الا ان معظم الاخصائيين يحاذرون من اجراء هذه العمليات للمرضى المصابين بالقلق مهما كانت شدة مرضهم .

✶

هنالك الكثيرون ممن يعارضون اجراء اي تدخل جراحي على الدماغ بقصد التأثير على الحيـاة العقلية او النفسية للمريض . وتستند معارضتهم هـذه الى اعتبارات انسانية ومعنوية . فهم يرون ان كل اجراء جراحي يكون من اثاره تبديل شخصية الفرد بشكل دائم ، امرا مخالفا للطبيعة والاخلاق ، وان احدا ما يجب ان لا يتحمل مسؤولية ذلك . وهنالك من يعارض العملية على اعتبـار انها تحدث اثرا دائميا في الدماغ لا يمكن الرجوع عنه في المستقبل . ومثل هذا الاثر قد يحرم المريض من الاستفادة من تطبيق طرق علاجية جديدة وفعالة قد يتم اكتشافها في المستقبل . وقد كان من نتائج هذه المعارضة ان منعت العملية في بعض الاقطار، كروسيا، كما قل استعمالها في كثير من البلدان الاخرى. ودفعت هذه المعارضة الى تطوير الطرق الفنيـة للعملية بحيث يمكن الوصول الى الفائدة العلاجية بدون « التعدي » على اي مظهر او صفة هامة من صفات الشخصية المميزة للفرد .

ومع جميع هذه الاعتراضات والاحترازات، الا انه تظل هناك بعض الحالات المرضية التي يصبـح فيها اجراء العملية ضرورة علاجية ، تبرر الثمن الذي قد

ينجم عنها ، من اثار جانبية على كيان الشخصية . كما ان مثل هذه العملية قد تتطلبها الضرورات الاجتماعية التي تحتم هذه الاجراء كوسيلة اخيرة لتخليص المحيط الاجتماعي للمريض من الضرر الذي قد ينجم عن استمرار الحالة المرضية . ومثل هذه الحالات غير قليلة خصوصا في البلاد التي لا تتوفر فيها المستشفيات الكافية لحفظ المريض المزمن بشكل دائم . وخلاصة ما تقدم ان الجراحة النفسية على الدماغ اجراء له ما يبرره في حالات مرضية معينة . على ان تتوفر القناعة بان كل اجراء علاجي آخر قد اعطي حظا وافرا من التجربة ، كما يجب ان يتضح بان العملية ستأتي بفائدة علاجية تريح المريض ومحيطه على حد سواء .

ولا بأس من ان يكون للعملية بعض الآثار الجانبية ، على ان هذه لا تزيد الآثار الجانبية المحتملة عن الفائدة الايجابية المتوخاة من العملية .

العلاج الكيمياوي

استعملت العقاقير الطبية منذ قرون طويلة في علاج مختلف الامراض بما في ذلك الامراض العقلية . وقد وردت اشارات كثيرة في كتب الاطباء العرب القدامى لاستعمال العقاقير المسكنة والمنومة والمفرحة . والمعروف ايضا ان احد المستحضرات الحديثة (سربسيل Serpasil) ، وهو علاج يستعمل في ضغط الدم وبمقادير اكبر في الامراض العقلية ، قد استحضر من نبتة استعملها ممارسوا الطبابة في الهند منذ عدة قرون في علاج الامراض العقلية .

ان استعمال العقاقير الكيمياوية خاصة الحديثة منها قد احدث ثورة كبيرة في مجال الامراض العقلية بالنظر للفعالية العظيمة لهذه العقاقير في التخفيف من ، او ازالة ، الكثير من الاعراض المؤلمة او المزعجة التي يعانيها المصابون بهذه الامراض . ثم انها بتأثيرها المباشر على الدماغ قد فتحت ابوابا عديدة من البحث العلمي لتفسير طريقة فعلها ، وبالتالي لاكتشاف كنه الامراض العقلية المختلفة . ومع اننا ندرك اليوم المناطق التي تؤثر فيها هذه العلاجات في الدماغ ، الا ان طريقة فعلها ما زالت غير

واضحة ، كما ان علاقة هذه المناطق بالامراض العقلية ما زالت بعيدة عن الوضوع التام .

★

يمكن تقسيم العلاجات الكيمياوية المستعملة في الامراض العقلية الى الفئات التاليـة ، وهذا التقسيم غير قاطع من حيث تركيب هذه العلاجات ومكان تأثيرها ومجال استعمالها . ولكنه مع ذلك تقسيم ذو فائدة من الناحية العمليـة والعلمية .

١ — المسكنات Sedatives

٢ — المنومات Hypnotics

٣ — المهدئات Tranquilizers

٤ — المعقلات Neuroleptics (Major Tranquilizers)

٥ — المنشطات والمفرحات Stimulents and Thymoleptics

٦ — المهلوسات Hallucinogens

٧ — العلاجات الانتقالية Transitional ، (وهي العلاجـات التي يصعب وضعهـا في فئة او اخرى من الفئات التي ذكرت اعلاه) .

١ — المسكنات

هذه العلاجات اكثر قدمـا في الاستعمال من غيرهـا . وتشمل مختلف مستحضرات (الباربتيوريت Barbiturates) كالسوديوم امينـال . والاميتال والباربتال والفينوباريتون (الجاردنال او اللوميتال) . وهـذه المستحضرات تستعمل بمقادير قليلة لازالة اعراض القلق والتوتر وعدم الاستقرار . وبمقادير اكبر لعلاج الارق . وجميـع هذه المستحضرات تؤثر في قشرة الدماغ ، لهذا يكون استعمالها مصحوباً بالتقليل من الفعالية العقلية الواعية للمريض . ومـع الفائدة

العظمى لهذه الادوية ، الا ان استعمالها فيه الكثير من امكانيات الخطر بالنظر لقابلية بعض المرضى على الاعتماد على استعمالهــا ، ولسوء استعمالهــا لاغراض انتحارية ، اما تعمداً ، او لعدم الحذر في تعيين مقدار ما يؤخذ منها . ثم ان بعضها وخاصة الفينوباربتون (الليومينال) قد يحدث اعراض مرض الكآبة ، ولهذا يستحسن عدم استعمال هذا المركب في الامراض النفسية او العقلية على حد سواء . ومن الادوية التي تشملهــا تسمية المسكنات مركبات البرومايد Bromides وهي على العموم سليمة المفعول ، الا اذا استعملت مدة طويلة وبمقادير كبيرة مما قد يؤدي الى حالة الـ بروميزم Bromisn وخاصة في المسنين من العمر ، ولهذا يحاذر استعمالها لهم الا تحت المراقبة المستديمة . ومن المسكنات ايضــاً مركب البارلدهايد Paraldehyde . والكلورال هايدريت ومشتقاته ، وهي مركبات قليــة الآثار الجانبية وهي قليــلة الاستعمال كمسكنات . ويكثر استعمالها كمنومات .

٢ -- (**المنومات** Hypnoties)

معظم المركبات التي ورد ذكرها في حقل المسكنات تستعمل بمقادير أكبر كمنومات . واختيار الواحد منها او الآخر لهذا الغرض ، يجب ان يخضع لرد فعل المريض لاستعمالها ، كما انه يتقيد ايضاً بنوعية الارق الذي يشكو منــه المريض. وفي كل حالة يجب ان يحاذر من امكانية استعمال المنومات، وخاصة مشتقات (الباربتيوريت) التي سبق ذكرها لاغراض الانتحار في المرضي المصابين بالكآبة . ومع ان الادمان بالمعنى الفيزيولوجي الصحيح لا يتوفر في استعمال المنومات بشكل عام ، الا ان بعض هذه المركبات وخاصة مادة (النيمبوتال Nembutal) قد تؤدي الى حــــالة من الادمان . وهنالك بعض المرضى ممن يتناولون عشرات الكبسولات يوميا للتسكين او للنوم . على ان معظم المرضي يتعاطون هذه العلاجات بشكل مزمن بسبب اعتمادهم النفسي على مفعولها، وهذا الاعتماد له بعض خصائص الادمان .

٣ – المهدئات Tranquilizers

هذه التسمية حديثة الوجود، وهي تشمل مجموعة المركبات الجديدة التي تشبه في تأثيرها ومجال استعمالها العلاجات المسكنة . واستعمال كلمة مهدئات لهذه المجوعة من العقاقير ضرورة اقتضتها حداثة هذه المركبات ، ولتفريقها عن المسكنات التي تؤثر على القشرة الدماغية ، بينما تأثير المهدئات هو على المناطق التي تقع تحت القشرة الدماغية Sub - cortical ، ومنطقة الهايبوثالموس ومجموعات الرتكيولر Reticular Formations . ثم ان المهدئات على خلاف المسكنات تحدث اثرها العلاجي بدون تأثير كبير على حالة الوعي للمريض . ومن هنا يتضح الفرق اللغوي بين التهدئة والتسكين .

ان المركبات التي تشملها التسمية بالمهدئات كثيرة العدد، وهي بازدياد مستمر في عددها وقد بلغت حتى الآن العشرات من المركبات المستعملة، ومثلها عدة اضعاف مما هو تحت التجربة الاختبارية او الفعلية، وما يزيد على ذلك بكثير مما استحضر ولم يوضع بعد تحت التجربة . ويمكن تقسيم هذه المركبات الى فئتين، الفئة الاولى وتسمى بالمهدئات الخفيفة او الصغرى Minor Tranquilizers لاستعمالها في علاج بعض الاعزاض التي ترد في الامراض والانفعالات النفسية . والفئة الثانية ، تسمى بالمهدئات الكبرى Major Tranquilizers لاستعمالها في الحالات المرضية العقلية كما تسمى ايضاً بالادوية المعقلة Neuroleptics . ومع هذه الفروق الظاهرية في استعمال هاتين الفئتين ، فان المعروف ان مكان تأثيرهما في الدماغ متشابه ، كما ان بالامكان استعمال بعض المهدئات الكبرى (المعقلات) بمقادير قليلة كمهدئات صغرى في علاج بعض الاعراض المرضية في الامراض النفسية . لعل اكثر المهدئات الصغرى استعمالا هو مركب المبروباميت Meprobamate وهو يتوفر باسماء تجارية مختلفة مثل (اكوانيل . سوبانيل . ملانورم . ورستنيل ، وغيرها من الاسماء) . وتستعمل بمقادير تتراوح بين مئة واربعمائة مليغرام ثلاث مرات يومياً او حسب الضرورة. وان كان هنالك من يتعدى هذه المقادير بحدود كبيرة . وليس هنالك من خطر على الحياة من استعمال هذه المادة . على ان

بعض المرضى قد يتعودون على استعمالها مما يضطرهم الى الاكثار منها للحصول على الفائدة المرجوة . ثم ان التأثير العلاجي غير متساوي عند جميع المرضى حتى لو تشابهت شكواهم المرضية . وبعض المرضى يصابون بنحول وهبوط في القوى الجسمية والفكرية عند استعمال مقادير قليلة منها ، ثم ان استعمالها قد يرسب حالة من الكآبة في بعض المرضي او قد يزيد في اعراضها وحدتها ان وجدت . ومن اخطار هذا المركب حالات الحساسية . كما قد يصاب بعض المرضى باضطرابات في المعدة والجهاز الهضمي كالتقيوء والأسهال ، وبالحمى وفقدان التوازن وهبوط الدورة الدموية وخاصة في المسنين . وهنالك اضافة الى ذلك بعض الحالات التي ادت الى موت المريض وهي حالات نادرة لا يعرف سببها بالتأكيد . ومنذ استحضار هذا المركب قبل بضعة سنوات ، اكتشفت عدة مركبات مهدئه مثل (مودتين Moditen . سيفنول Sevinol وبرمتيل Permitil) وكلها عين المركب باسماء تجارية مختلفة . ولهذا المركب افضلية على تركيب (المبروباميت) لقلة الآثار الجانبية من ناحية ، ولتمكينه المريض من الاحتفاظ بكامل حدود الوعي. على ان تخطي المقادين المعينة للدواء قد يؤدي الى مضاعفات تشنجية في الوجه واللسان والعضلات عامة .

٤ – المعقلات Major Tranquilizers (Neuroleptics

تشمل التسمية المركبات العقاقيرية الحديثة التي تستعمل في علاج الامراض العقلية لغرض التهدئة والتسكين . ومع ان بعض المركبات تستعمل بمقادير قليلة في علاج الامراض النفسية، الا ان استعمالها الاساسي والهام هو في علاج اعراض مرضية معينة في الامراض العقلية وخاصة حالات التهيج ، والانفعات العقلي ، والاعمال الاندفاعية في مرض المانيا والشيزوفرينيا والنقص العقلي . كما انها ذات فائدة في ازالة الكثير من الاعراض الاخرى التي قد ترد في الامراض العقلية مثل الهلاوس والاوهام . وقد ساعدت هذه المركبات الى حدود بعيد في التقليل من حدة الاعراض العقلية ، وفي تقليص مدة المرض ، وفي حصر الاعراض المزعجة

للمريض وللمستشفى وللمجتمع. كما انها تساعد في بعض الحالات ،في ايقاف تطور المرض أو ظهور اعراض جديدة . وفي الكثير من الحالات كانت هذه المركبات كافية لوحدها في انهاء الحالة المرضية ورد المريض الى حالته الطبيعية . كل هذه الفوائد قد جعلت من الادوية المعقلة آداء علاجية هامـة تفوق في اهميتها العلاج الكهربائي، بالنظر لسهولة استعمال الدواء والمرونة في تطبيقه ولامكانية استعماله مدة طويلة من الزمن لاغراض علاجية ووقائية ، وبسبب اتساع مجال استعماله في جميع الامراض العقلية التي تتوفر فيها الاعراض التي سبق ذكرها . والادوية المعقلة تؤثر بشكل خاص على المراكز الدماغيـة التي تلي القشرة الدماغيـة والهايبوتالموس ومجاميع الرتيكيلور التي سبق ذكرها. وقد اوحى ذلك بالكثير من النظريات عن علاقة هذه المناطق الدماغية بالامراض العقلية على ان هذه العلاقة ما زالت بعيدة عن البرهان . ومن اهم المركبات العلاجية المعقلة هي . —

١ — مركب الكلوروبرومازين (لرجكتيل Largactil or Thorazin)

مع ان المادة الاساسية التي اشتق منهـا هذا المركب قد استحضرت قبـل ثمانين سنة ، الا انها لم تستعمل لاغراض علاجية . وقـد استعمل الدواء لاول مرة عقب الحرب العالمية الثانية كعامل مساعد لحالات التخدير وفي علاج حالات الحساسية وفي منع التقيوء بعد الانتهـاء من العمليات الجراحيـة . وفي ١٩٥٢ استعمل الدواء لاول مرة في علاج مرض الشيزوفرينيا . وتلي ذلك استعماله في علاج وضبط الكثير من الاعراض العقلية التي ذكرناها آنفاً . ويمكن استعمال هذا المركب مدة طويلة وبمقادير تتراوح بين ٣٠ الى ١٢٠٠ مليغرام في اليـوم الواحد . وقد تجاوز بعض المعالجين هذه المقادير . ولما كان مفعول هذا المركب بمقادير قليلة بطيء الاثر ،لهذا يستحسن الابتداء بمقادير لا تقل عن ١٥٠ الى ٣٠٠ مليغرام يومياً، وزيادتها تدريجياً الى ان تستجيب الاعراض المرضية. وقد يتطلب ذلك مرور بضعة ايام من العلاج . وهذا البطيء في التأثير ، هو الذي يدفع بأهل المريض وببعض الاطباء الى الالحاح او الاسراع في اختيـار العلاج الكهربائي .

هذا ويمكن الجمع بين العلاجين في وقت واحد . والمعروف بالتجربة ان اكثر الحالات استفادة من العلاج ، هي الحالات التي يكون فيها انفعال المريض وتهيجه مظهراً بارزاً في المرض . اما الحالات التي يتميز بها المرض بالهدوء والخمول والبلادة العقلية ، فهي اقل الحالات المرضية استجابة للعلاج ، وقد يؤدي العلاج على العكس الى اشتداد هذه الاعراض . ومن الاضرار الجانبية لاستعمال الدواء هبوط الضغط ، والحمى ، والحساسية وانحباس البول ، وتسمم الكبد ، والاخير هو اكثرها خطراً ، وقد ادى الى الموت في القليل من الحالات . كما ان هنالك امكانية حدوث تشنجات عضلية اهتزازية تشبه حالة الشلل الاهتزازي ، مما يستوجب استعمال الادوية المانعة لها (Artane أو ما شابهه) ، او بالتقليل من استعمال الدواء او ايقافه كلياً . ومع جميع هذه الآثار والاخطار الجانبية ، الا ان فائدة العلاج تبرر استعماله بثقة وبدون خوف . وبالاضافة الى الحالات المرضية التي سبق ذكرها ، فان الدواء يستعمل في علاج حالات الادمان كما يستعمل في العديد من مجالات الاختصاص في الطب .

ب – برومازين ، سبارين Promazine, Sparine وهو مركب قريب التركيب من الكلوروبرومازين . ويعتبر اقل منه في آثارة الجانبية ، كما انه اخف مفعولا ويناسب استعماله الحالات العقلية التي تصيب المسنين بشكل خاص .

ج – ستيمتيل (كومبازين) Stemetil (Conpazine) . وهو قليل الآثار السامة . وله فائدة التقليل من امكانية التقيؤ . ويستعمل لهذا الغرض في حالات الصداع النصفي . واستعماله في الامراض العقلية محدود .

د – مركب الـ (فنتزين Fentazin **)** . وهو مركب سريع المفعول تزيد قوته على خمسة اضعاف قوة الـ (لارجكتيل) . وهو اقل من الاخير في آثارة الضارة ، ويقرب من هذا المركب في صفاته الكيمياويه مركب الـ (دارتلان Dartalan) وهو علاج فعال الا ان اضراره السامة قد تكون شديدة .

هـ – (**ستيلازين** Stelazine) وهو اكثر الادوية المعقلة قوة ، واخطاره الجانبية قليلة نسبياً. ويستعمل بمقادير قليلة في حالات القلق والانفعال النفسي من ٣ – ٦ مليغرامات يومياً . اما في الامراض العقلية فيعطي الى مقـدار ٣٠ مليغرام يومياً. وبالنظر لفعالية هذا العلاج، وسلامة استعماله ،فقد اخذ الكثير من مجال الاستعمال لدواء الا (الارجكتيل) ويعتبر الان من اكثر العلاجـات المعقلة انتشاراً .

و – اضافة الى المركبات السابقة . تستعمل مركبات اخرى نذكر منهـا سيرنيز Serenace . الذي يفيد خاصة في حالات تهيج المانيا والشيزوفرينيا . ونيتومان Nitoman وغيرها من المركبات .

ز – **واخيراً مركب أل سربسيل** Serpasil . الذي استحضر من نبتة استعملها الهنود لاستخلاص مستحضرات لعلاج الامراض العقلية . وكانت هذه المادة هي اول المواد المستعملة كعلاج معقل في السنوات الاخيرة . غير ان استعمالها لهذا الغرض قليل الورود بسبب آثارها الجانبية وبسبت امكانية احداثها لاعراض الكآبة في المرضي وخاصة المسنين منهم . ويقتصر استعمالها الان على علاج حالات ضغط الدم، على انه يجب محاذرة هذا الاستعمال في حالة الاصابة العضوية للدماغ وفي حالة الكبار بالسن .

٥ – **المنشطات** – Stimulents **والمفرحات** Thymoleptics . لقد سبق ذكر هذه العقاقير في البحث الخاص بعلاج كل من الكآبة النفسية والكآبة العقلية . والاسم « المنشطات » يستعمل لمجموعة من العقاقير تتألف من مركب الامفيتامين (بنزدرين. دكسدرين) ومشتقاته الجديدة مثل (ريتالين Ritalin) و (ميريتران Meretran) و ري أكتفان Reactivan وكل هذه المركبات ذات فائدة في تنشيط المزاج والشعور بالقوة الجسمية . على انها عديمة الفائدة في علاج حالات الكآبة الفعلية ، كما ان استعمالها في هذا المجال قد يؤدي الى ظهور اعراض جديدة

من التهيج والارق وعدم الاستقرار . اما الادوية « المفرحة » فهو الاسم الذي يطلق على مجموعة من العقاقير ذات اصول كيماوية مختلفة تستعمـل في علاج الكآبة . ومع ان هذه العلاجات بطيئة في مفعولها على العموم ، الا ان سهولة استعمالها وقلة اخطارها ، وفائدتها العلاجية ، قد جعلتها اداة هامـة في علاج الكآبة مما قلل من ضرورة اللجوء الى استعمال العلاج الكهربائي . وهنالك عدة نظريات عن الطرق التي تحدث فيها هذه العلاجات تأثيرها العلاجي . على ان واقع العلاقة بين هذه العلاجات وبين مرض الكآبة مـا زال غير واضح حتى الآن . واهم الادوية المفرحة المستعملة حالياً هي : —

أ — **مركب (امبيرامين** Imipramine) ويعرف ايضاً باسم (**توفرانيـــل** Tofranil) . وهذا المركب هو اول العلاجات المفرحة التي استعملت في علاج الكآبة. كما انه اكثرها استعمالا. وتدل التقارير الطبية المتعددة انه اعظم الادوية المفرحة فائدة ولعله من اقلها خطراً . على ان لهذا المركب بعض الآثار الجانبية واهمها جفاف الفم، واضطراب تركيز النظر، والارتجاف ، والامساك ، والعرق والدوار . واكثر هذه الآثار ظهوراً هي في المسنين ، لهذا يستحسن في مثلهم التقليل من مقادير الدواء الى ١٠ ملغم ٣ مرات في اليوم تزاد تدريجياً الى ضعف هذا المقدار . وهنالك مركب (البتروفران Petrofran وهو من مشتقات التوفرانيل . ومع انه اكثر سرعة في مفعوله من التوفرانيل الا انه لم يثبت حتى الان انه اكثر فائدة منه .

ب — **مركب (التربتوزول** Tryptizol). وهو تقريباً مشابه كيمياوياً لمركب التوفرانيل ، وله بالاضافــة الى فعله كدواء مفرح ، فائدة العلاجات المهدئة . وآثاره الجانبية قليلة، واهمها شعور المريض بالخمول والنعاس وفتور القوى الجسمية وهي اعراض لا يرتاح اليها المريض وقد تحمل الى ضرورة تبديل العلاج .

ج — **المركبات « المانعة ل مونامين اوكسديز** Monamine Oxidase Inhibitors» وهذه المركبات تمنع فعل الانزايم مونامين اوكسديز . غير ان علاقة ذلك بعلاج

الكآبة ، ما زال امراً غامضاً ، مع توفر بعض النظريات الكيميائية العصبية . ومن اهم هذه المركبات علاج (الناردیل Nardil) وعلاج البارنيت Parnate)، وكلاهما في خبرة المؤلف قليلا المفعول في علاج الكآبة خاصة الحالات الشديدة منها . والاول منها قليل الاثار الجانبية امـا الثاني فقد يسبب صداعاً ودواراً وارتفاعاً في الضغط . ثم ان لكليهما خطراً عظيماً قد يودي بحياة المريض فيما اذا استعملا مع مادة البثدين Pethidin ، كما ان استعمالهما مع علاج التوفرانيل وما شابهه كيمياوياً قد يؤدي الى هبوط في الدورة الدموية والى الموت الفجائي ، لهذا يحذر من استعمال العلاجين معاً ، كما يتوجب ايقاف المركبات المانعـة للمونامين او كسدیز لمدة سبعة ايام على الاقل قبل استعمال التوفرانيل او ما شابهه. وبالنظر لهذه الاخطار الكامنة في استعمال هذه المركبات، فقد امتنع الكثيرون من الاخصائيين عن استعمالها . وهم يفضلون علاج التوفرانيل على غيره من العلاجات. ومن هذه المركبات أيضاًمركب مارزليدMarsilid. الذي يعتبر اكثر هذه العلاجات فعالية ، الا انه كثيراً ما يحدث اضراراً في الكبد قد تؤدي الى عجز في وظيفته وبالتالي الى الموت . *

ان مبادیء العلاج بالادوية المفرحة هي استعمال الدواء الاكثر سلامة والاقل خطراً . ولما كانت جميع هذه العلاجـات بطيئة المفعول فيستحسن تبديلها او الكف عنها اذا لم يستجب لها المريض في خلال اسبوعين او ثلاثة وربما قبل ذلك ، في حالات الكآبة الشديدة ، وفي الحالات التي تتوفر فيها اما المحاولات او الاحتمالات الانتحارية حيث لا بديل افضل لاستعمال الصدمة الكهربائية في مثل هذه الحالات .

٦ ـ العلاجات المهلوسة Hallucinogens

وهو الاسم الذي يعطي لعدد من المركبات التي استعملت في السنوات الاخيرة

* ومن العلاجات المفرحة الحديثة مركب ميتابون Mutabon ومركب تربتافين Triptafen ويدعى بعض الباحثين أن الاخير له فعالية علاجية كبيرة .

لاغراض البحث العلمي عن طبيعة واسباب الامراض العقليـــة وخاصة مرض الشيزوفرينيا . ومنها مادة الـ (ل س د L S D) والمسكالين Mescaline ، فقد امكن بواسطة هذه المركبــات احداث حالات مختلفة من الاضطراب العقلي ، واهم الاعراض التي يصفها من يستعمل هذه المركبات ظهور احساسات جديدة لا عهد للفرد بها. وهذا السبب في تسمية هذه المركبات بالمهلوسات. ومع ان بعض الاخصائين قد استعملوا هذه المركبات كوسيلة استقصائية وعلاجية في عمليات التحليل النفسي الا ان فائدتها العلاجية في الامراض العقلية لم تظهر بعد .

٧ – (**العلاجات الانتقالية** Transitional Drugs)

وهي علاجات يصعب وضعها في فئة معينة من الفئات العلاجية السابقة ومن هذه العلاجات .

١ – (**الليبريوم** Librium) وهي مادة يكثر استعمالها خاصة في الحالات النفسية التي يكون القلق والانفعال والخوف والارق من مظاهرها الهامــة . وبالنظر لسرعة مفعول هذا الدواء، فان عدداً كبيراً ممن يتناولونه يتعودون على استعماله بشكل يكاد يقترب من الادمان. لهذا يحسن بالطبيب الامتناع عن وصفه للمرضي الذين تنذر شخصيتهم بالاستعداد للتواكل او الادمان العلاجي .

ب – (**تركتان** Taractan) . ولهذا العلاج خصائص مسكنة ومهدئة ومفرحــة ويستعمل بجرع تتراوح بين ٥ الى ١٥ مليغرام ٣ مرات يومياً . على ان بعض الاخصائيين يستعملونه بمقادير اكبر في علاج بعض الامراض العقلية .

ح – **الفاليوم** Valium . وهو مركب يقارب الليبريوم كيمياوياً ولكنه اقل منه مفعولا ، ويستعمل عــادة للحالات النفسية التي تكثر فيهـــا الاعراض الجسمية .
